

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1926-1927. — N° 15.

Travail du Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Lyon.

ROLE DU MÉDECIN
DANS
LA DÉFENSE DE LA NATION
CONTRE
LES MALADIES SOCIALES
(MÉDECINS D'ÉCOLES, DE DISPENSAIRES ET D'ARMÉE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Novembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Marie EHRHART

Né, le 1^{er} octobre 1899, à Gray (Haute-Saône),

Élève de l'École du Service de Santé Militaire,
Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1926

ROLE DU MÉDECIN
DANS
LA DÉFENSE DE LA NATION
CONTRE
LES MALADIES SOCIALES

(MÉDECINS D'ÉCOLES, DE DISPENSAIRES ET D'ARMÉE)

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire. M. H. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LÉPINE
Assesseur M. X.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE,

PROFESSEURS

Cliniques médicales	} MM. BARD X. TIXIER BERARD PIC ROLLET NICOLAS LÉPINE (J.) MOURIQUAND VILLARD LANNOIS ROCHET NOVE-JOSSERAND CLUZET HUGOUNENQ MOREL BRETIN GUIART LATARJET POLICARD DOYON COLLET CADE PAVIOT PATEL ARLOING (F.) ETIENNE MARTIN COURMONT (P.) X. LEULIER
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique neurologique et psychiatrique.	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies des femmes.	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	
Clinique des maladies des voies urinaires.	
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	
Chimie biologique et médicale.	
Chimie organique et Toxicologie.	
Matière médicale et Botanique.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutiques générales	
Anatomie pathologique	
Chirurgie opératoire	
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.	
Pharmacie.	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de	Pathologie externe	MM. VALLAS
—	Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Urologie.	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THÉVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance.	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM. GARIN	MM. CORDIER (V.).	MM. SANTY.
FROMENT	ROUBIER	DUNET.
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André).
SARVONAT	BONNET.	CHALIER (Joseph).
FLORENCE (G.)	RHENTER.	NOEL.
ROCHAIX	MAZEL.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COURMONT, *Président*; ROCHAIX, *Assesseur*;
MM. MAZEL et CHALIER J., *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1926-1927. — N° 45.

Travail du Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Lyon.

ROLE DU MÉDECIN
DANS
LA DÉFENSE DE LA NATION
CONTRE
LES MALADIES SOCIALES
(MÉDECINS D'ÉCOLES, DE DISPENSAIRES ET D'ARMÉE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Novembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Marie EHRHART

Né, le 1^{er} octobre 1899, à Gray (Haute-Saône),

Élève de l'École du Service de Santé Militaire,

Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1926



A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS DÉFUNTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE EUGÈNE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Leur cœur, tout de douceur et de bonté, a embaumé ma jeunesse. Leur énergie, leur bonne volonté, leur dévouement quotidien ont fait l'admiration de mon adolescence. Je leur offre ce travail en souhaitant de les entourer d'affection pendant une longue et heureuse vie.

A MA SŒUR MARIÉ-THÉRÈSE

Je te dédie cette thèse en te remerciant de toutes tes intentions délicates, de ta générosité et en reconnaissance des bienfaits dont tu m'as comblé.

A MA SŒUR ANNA

T'offrir cet ouvrage n'est pas un cadeau ordinaire. Je le livre à ton bon cœur et à ton esprit primesautier qui s'accommodera des considérations sociologiques.

MEIS ET AMICIS

**A mes Camarades des 170^e, 137^e et 65^e Régiments
d'Infanterie (1918-1921)
et de l'Ecole du Service de Santé militaire (1922-1926).**

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BAUFLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Professeur à l'École de Médecine de Besançon,
Médecin de l'Hôpital Saint-Jacques.

Il fut notre premier Maître ; comme compatriote, il nous accueillit amicalement. Au cours de nos études, qu'il a suivies avec intérêt, il nous a éclairé de ses conseils. En remerciement de ses inoubliables services, nous l'assurons de notre profonde gratitude et de notre attachement dévoué.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL JULLIEN

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire Villemanzy,
Officier de la Légion d'honneur.

Sa bonté et sa franchise nous ont encouragé dans nos tribulations. Ayant accepté de nous faire connaître sa conception de l'hygiène sociale moderne, il a facilité notre étude en mettant à notre disposition ses notes, ses recherches, ses publications. Il a été pour nous un guide bienveillant et indulgent, nous aidant sans cesse à corriger et à condenser.

Qu'il veuille bien accepter nos sincères et reconnaissants remerciements pour sa direction, sa collaboration qui nous ont permis de faire cette thèse, son œuvre autant que la nôtre.

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT

Directeur des Dispensaires et de l'Institut Bactériologique de Lyon,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.

Nous le remercions pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous l'assurons de notre reconnaissance pour les leçons d'hygiène et de prophylaxie qu'il nous a données et pour la bienveillance avec laquelle il nous a guidé durant le semestre où nous avons été son externe.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROCHAIX

Sous-Directeur de l'Institut Bactériologique de Lyon,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES JUGES

**A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine de Besançon
et de l'Hôpital Saint-Jacques.**

**A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Lyon.**

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

MONSIEUR LE DOCTEUR X. DELORE

Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNET

Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE

**A mes Chefs et à mes Maîtres
de l'Ecole du Service de Santé militaire
et des Hôpitaux militaires d'Instruction.**

ROLE DU MÉDECIN
DANS
LA DÉFENSE DE LA NATION
CONTRE
LES MALADIES SOCIALES

INTRODUCTION

La fonction du médecin dans la société moderne se modifie à la faveur de l'évolution subie par cette société même ; l'intensification de la vie collective, la notion de solidarité qui lie les hommes entre eux et dont la réalité s'impose surtout implacable dans le domaine de la santé et de la maladie, sont des facteurs de transformation auxquels ne peut échapper une profession aussi intimement mêlée que la médecine à la vie des individus et des groupements sociaux. Certes, le grand rôle du médecin sera toujours la guérison de la maladie et le soulagement de la souffrance humaine ; vers lui se tendront toujours les mains suppliantes des hommes avides de fuir la douleur et de retarder l'échéance mortelle. Acquisitions scientifiques, connaissance toujours plus pénétrante des organismes et des âmes, dons d'intelligence et de cœur, toutes ces qualités donnent

au praticien sa vraie place au meilleur rang parmi les hommes. Aussi serait-ce lui faire gratuitement injure que de l'effleurer même du soupçon de spéculer sur la misère humaine et de regarder d'un œil jalousement inquiet l'amélioration que les progrès de l'hygiène et de la prophylaxie peuvent procurer à la santé publique. En fait, tout praticien est amené par l'exercice même de son art à faire de la prophylaxie et de la médecine préventive. Autour du malade contagieux aigu ou chronique, le premier geste du médecin traitant est de protéger les membres de la famille ; le redressement apporté par lui aux erreurs alimentaires qui sont à l'origine de la maladie d'un enfant peut servir de leçon pour l'alimentation des autres enfants de la famille, etc... La prophylaxie familiale est l'acte plusieurs fois chaque jour répété par le praticien. Sans son concours, en dehors de son influence sur les individus et les familles, les efforts plus ou moins dispendieux de la prophylaxie officielle seront peut-être tout à fait vains, en tout cas disproportionnés singulièrement avec les résultats obtenus.

Il faut bien cependant reconnaître que le praticien n'est pas toujours efficacement préparé à cette œuvre prophylactique et que le caractère préventif de la médecine ne lui est pas toujours présenté au cours de ses études avec une netteté suffisante. Cet aspect de sa profession a une valeur sociale sur laquelle son attention et ses efforts ne sont pas suffisamment orientés ; les procédés de la médecine préventive ne tiennent pas, dans sa formation intellectuelle, la

place justifiée à la fois par leur importance et par les résultats qu'on en peut espérer. Les études médicales théoriques, pratiques ou cliniques ne seraient qu'une vaine spéculation si elles ne tendaient pas vers une fin thérapeutique ; on ne conçoit pas davantage que, connaissant l'essence et la cause de la maladie, elles ne mettent pas à profit ces acquisitions pour en préserver les individus. **Guérir est bien ; prévenir est mieux.** L'action curative n'est qu'un pis aller pour circonscrire les dégâts survenus à la suite d'une prophylaxie déficiente. L'enseignement clinique doit aboutir à des conclusions prophylactiques en même temps que curatives ; **par sa formation intellectuelle le praticien doit être amené à penser préventivement.**

Mais l'action du médecin traitant peut difficilement dépasser le cercle de la famille dans laquelle, à propos d'un cas déterminé, il est appelé à donner ses soins et ses conseils. D'autre part, la famille, si elle reste la base de toute société, a depuis longtemps cessé d'être le champ clos où se limitent les activités individuelles. Bénéfice ou rançon du progrès, à travers ses cadres quelque peu disloqués, les échanges se sont élargis et multipliés ; du point de vue sanitaire, la protection dans l'intérieur de la famille ne suffit plus ; il faut à la société une organisation défensive étendant ses limites à celles du territoire national, sans préjudice des liaisons nécessaires avec les autres peuples.

Il n'est pas dans notre programme d'étudier les rapports du médecin praticien avec les éléments de

cette organisation défensive. Quoi qu'on puisse en penser d'ailleurs et quelles que soient les modalités suivant lesquelles on puisse les concevoir, un fait s'impose indéniable : les maladies évitables constituent un danger national contre lequel le pays a le droit et le devoir de se défendre. S'il veut vivre, il doit créer une organisation coordonnée et réellement agissante pour faire cesser ce scandale d'un peuple à natalité faible laissant décimer ses enfants, ses adolescents et ses adultes par une mortalité dont les causes sont le plus souvent évitables.

L'examen de tous les champs d'action offerts aux éléments de cette organisation protectrice demanderait des développements qui dépasseraient largement le cadre de cette étude. Nous nous bornerons donc à envisager les éléments de cette protection nationale contre ce qu'on est convenu d'appeler les maladies sociales : tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme, cancer, en y ajoutant incidemment quelques aperçus sur le rôle éducateur des médecins chargés de réaliser cette défense.

C'est par l'école, par le dispensaire et par l'armée que la nation peut se défendre contre les maladies sociales. Considérant les médecins d'école, de dispensaire et d'armée comme le trépied de cette prophylaxie nationale, nous envisagerons la manière dont, à ce point de vue, doit être compris leur rôle, et, ayant entrepris de montrer la nécessité, pour que cette défense soit vraiment efficace, d'une liaison entre ces différentes armes, nous essaierons de préciser la manière dont elle peut être réalisée.

TITRE PREMIER

LE MÉDECIN SCOLAIRE

Le médecin scolaire constitue le premier des éléments placés en surveillance dans le plan défensif de la société contre l'invasion progressive des fléaux qui la menacent. Il n'est pas dans notre intention de faire ici l'historique du médecin scolaire et de décrire son rôle actuel, essentiellement variable d'ailleurs suivant les bonnes volontés et les préoccupations des municipalités et des maîtres de l'enseignement. A de rares exceptions près et malgré les efforts récents, ce rôle est en réalité de pure forme. L'excellente thèse de MAGNANON, faite en 1910, sous l'inspiration de Jules COURMONT, constitue à ce point de vue un document de premier ordre ; la thèse de M^{lle} CHEVASSUS (Lyon, 1925) résume, d'une façon très précise, la conception et la réalisation lyonnaises du médecin scolaire, nous n'avons rien à y ajouter. D'une étude parue dans la *Revue d'Hygiène*, de septembre 1925, sous la signature de M. le D^r ORT, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure, il ressort que, dans ce département, 653 sur 759 communes n'ont aucune organisation d'inspection sanitaire des

écoles. Pour la plupart des 106 autres, cette inspection est essentiellement rudimentaire ; dans 81 d'entre elles il n'y avait eu dans l'année courante aucun acte d'inspection médicale. Pour les autres, sauf de gros centres, comme Rouen, le Havre ou Elbeuf, ces visites médicales annuelles étaient réduites à quelques unités, et l'on ne saurait s'en étonner lorsqu'on constate que les émoluments prévus par les municipalités pour les médecins inspecteurs peuvent descendre quelquefois jusqu'à 100 francs, 40 francs et même 20 francs annuels. Nous n'étudierons même pas toutes les branches dans lesquelles l'activité du médecin scolaire pourra se développer le jour où les Pouvoirs publics — à l'exemple de certaines villes comme Lyon et Paris — auront enfin compris le gaspillage scandaleux des ressources nationales qui résulte du développement laissé à l'aventure des forces physiques de l'enfant et de l'adolescent.

Nous préciserons seulement dès le début de cette étude, et une fois pour toutes, que l'action du médecin scolaire doit pour nous s'exercer sur tous les établissements d'instruction pour enfants et adolescents des deux sexes, quel que soit leur caractère laïque ou confessionnel, quel que soit le degré d'enseignement — primaire ou secondaire — que les élèves y reçoivent. Les errements actuellement en vigueur font de l'inspection des écoles une institution municipale ; dans les rares cas où elle est plus qu'une façade, elle laisse de côté l'enseignement secondaire, institution d'Etat, et les établissements libres ; les

élèves de ces maisons ont cependant comme les autres le droit d'être médicalement surveillés et le devoir d'être soumis aux obligations sanitaires protectrices de la santé nationale.

Ne sortant pas du cadre que nous nous sommes tracé dès notre introduction nous envisagerons, d'une part, l'action du médecin scolaire dans la lutte contre la tuberculose, contre le péril vénérien, et, d'autre part, son intervention dans l'instruction et l'éducation de l'enfant.

CHAPITRE PREMIER

LE MÉDECIN SCOLAIRE DANS LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

A. LA SURVEILLANCE MÉDICALE DES ÉLÈVES. — Les travaux de GRANCHER, DUFESTEL, MERY, KUSS, HUTINEL, HAMBURGER, etc..., les différentes statistiques attestent que la tuberculose tient une place importante dans la morbidité infantile, GRANCHER relève une proportion de 14 pour 100 chez les garçons et de 17 pour 100 chez les filles. MERY et DUFESTEL aboutissent à des chiffres analogues ; chez les auteurs étrangers les résultats sont sensiblement les mêmes. Récemment encore, KRUGER, d'une part, et ICKERT, de l'autre, insistaient sur la contagion tuberculeuse et sur la fréquence de la tuberculose à l'âge scolaire. WORRINGEN a même rapporté l'histoire de quelques vraies petites épidémies scolaires dont l'étendue serait méconnue sans des prises de température et des tuberculinoréactions systématiquement pratiquées. Et si nous considérons le taux de la mortalité par tuberculose chez les enfants nous relevons des chiffres plus impressionnants encore puisque, entre l'âge de deux et huit ans, la tuberculose cause le tiers

des décès, chiffre moyen obtenu par trois auteurs qui puisent à des sources différentes les éléments de leurs statistiques.

L'étude des cuti-réactions offre à ce point de vue un intérêt considérable. Chacun sait que, constamment négative à la naissance, quel que soit le milieu où l'enfant est venu au monde, elle est positive dans 20 pour 100 des cas chez les enfants d'un an pour atteindre environ 95 pour 100 chez les adultes. Mais si on étudie la progression de ces réactions positives, au cours des différents âges, on trouve avec Georges VITRY :

A quatre ans.	23 pour 100
A six ans	28 pour 100
A huit ans	41 pour 100
A dix ans	55 pour 100
A douze ans	68 pour 100
A quinze ans.	74 pour 100

72 pour 100 des enfants de six ans arrivent donc à l'école maternelle indemnes de tuberculose ; à quinze ans il n'en reste plus que 26 pour 100. Il en résulte que sur 100 adultes, il y en a :

28 qui ont été contaminés par la tuberculose avant l'âge de six ans ;

46 qui ont été contaminés par la tuberculose entre six et quinze ans ;

21 qui ont été contaminés par la tuberculose après quinze ans ;

5 qui ne seront jamais contaminés.

C'est donc de six à quinze ans, **à l'âge scolaire,**

que se font les plus nombreuses contaminations tuberculeuses. « Si la tuberculose se prend au ber-
« ceau, la plupart des individus ainsi contaminés
« doivent mourir rapidement, enlevés par la gra-
« vité de leur infection et beaucoup échappent à
« cette contamination, puisque, sur 100 enfants qui
« entrent à l'école maternelle, 72 sont encore
« indemnes de toute atteinte tuberculeuse et vont
« se contaminer pour une grande partie dans ce
« milieu scolaire ou à l'occasion de leur vie scolaire »
(G. VITRY).

Compte tenu de la part peut-être exagérée faite à l'adénopathie trachéo-bronchique dans la localisation de cette primo-infection bacillaire, on ne saurait trop répéter ce que GRANCHER écrivait dès 1904 : « Il n'est pas un médecin, et surtout un
« médecin d'enfants qui ne sache combien la tuber-
« culose ganglio-pulmonaire est fréquente, car la
« majorité des enfants qui viennent à l'hôpital et
« y succombent à une maladie quelconque sont, en
« outre, atteints d'adénopathie trachéo-bronchique
« tuberculeuse, que nous retrouvons à l'autopsie.
« Cette maladie peut rester latente ou à peu près
« jusqu'à l'adolescence ; puis, elle éclate à l'occasion
« des fatigues de la croissance, des études spéciales,
« de l'atelier, des concours de carrière, de la vie de
« caserne, etc... Si donc on pouvait dépister cette
« adénopathie chez les enfants de l'école primaire et
« la traiter comme il convient, on aurait chance de
« préserver au moins une grande part de ces écoliers
« du mal qui les guette dans un avenir plus ou

« moins long. » L'origine infantile de la primo-infection tuberculeuse fait donc de son dépistage précoce chez l'enfant et l'adolescent un des éléments primordiaux de la lutte antituberculeuse. La surveillance médicale des élèves est un des facteurs les plus importants du rôle social du médecin scolaire. L'étude de la pathologie générale et de la pathogénie, l'éducation clinique sont à la base de la médecine préventive.

Mais pour atteindre son but le médecin scolaire ne doit pas seulement porter son attention sur l'enfant malade, sur celui qui présente les signes d'une tuberculose active ou évolutive, à marche lente ou rapide, à localisation pulmonaire ou autre. Pour dépister la tuberculose utilement, c'est-à-dire assez tôt pour intervenir efficacement contre elle, il faut examiner et suivre tous les écoliers, même ceux qui présentent tous les signes apparents d'une santé florissante. Entre le moment où un individu n'est pas encore cliniquement un tuberculeux et le moment où il l'est devenu, une période plus ou moins longue s'écoule pendant laquelle il chancelle, faisant des efforts pour conserver cet état d'équilibre plus ou moins instable que lui avait conféré la primo-infection infantile et qui constitue l'état d'allergie. Nous pensons avec PISSAVY que l'aphorisme : « On est tuberculeux ou on ne l'est pas » constitue une erreur clinique en même temps qu'un danger prophylactique ; l'état d'imminence tuberculeuse, si âprement discuté naguère, apparaît aujourd'hui comme une réalité clinique, modifi-

cation de l'état dynamique du sujet fléchissant sous les poussées répétées exercées par le bacille de Koch sur des défenses jusqu'alors victorieuses, aujourd'hui déficientes. C'est à cette période que la tuberculose doit être dépistée : la chute se produira inévitable si personne n'en reconnaît à temps les signes prémonitoires, développés souvent à l'insu du malade lui-même, si personne n'intervient assez tôt pour rétablir en le stabilisant l'équilibre précaire dans lequel la victime du bacille de Koch avait jusqu'alors vécu.

Comme première conséquence, il est donc nécessaire que dès sa première entrée à l'école l'enfant soit l'objet d'un **premier examen médical d'entrée, sorte de visite d'incorporation**, portant sur tous les organes et appareils et sur toutes les fonctions ; mais, du point de vue de la tuberculose, intéressant surtout les systèmes ganglionnaire et ostéo-articulaire, les troubles circulatoires, les altérations organiques et fonctionnelles de l'appareil respiratoire. Avec un examen radioscopique et radiographique qui cherchera à mettre en évidence les modifications des hiles, les vestiges plus ou moins discrets du chancre d'inoculation primitif, etc... A ce premier examen il faudra fixer aussi les caractéristiques générales suivant lesquelles l'enfant s'est développé : taille, poids, périmètre thoracique et coefficient respiratoire, état de la musculature, de la circulation lymphatique, de la tonicité du tissu cellulaire sous-cutané, etc... Cet examen sera complété par la recherche des antécédents héréditaires, colla-

téraux et personnels, par l'enquête sociale sur les conditions de bien-être et d'hygiène dans lesquelles l'enfant vit en dehors de l'école. Ici, l'infirmière visiteuse est la collaboratrice indispensable du médecin scolaire.

A ce premier examen devront faire suite des visites générales périodiques correspondant aux trois trimestres de l'année scolaire, sans préjudice des examens intermédiaires, mensuels par exemple, pour les écoliers ayant paru fléchir lors des visites générales, pour ceux qui rentrent à l'école après une absence pour cause de maladie ; pour ceux-ci, un certificat du médecin ayant soigné l'enfant, soit chez lui, soit à l'hôpital, sera exigé et le médecin scolaire ne se contentera pas d'un diagnostic banal et superficiel comme courbature fébrile, fièvre de croissance, etc... ; il ne perdra pas de vue que derrière ces façades sans caractère se cachent souvent les manifestations plus ou moins frustes d'une invasion bacillaire génératrice des tuberculoses futures.

Il est d'ailleurs inutile de se dissimuler que ce résultat ne peut pas être atteint seulement par la contrainte légale ; il nécessite la collaboration confiante des familles et du corps médical. C'est par l'infirmière scolaire que s'établira d'abord la liaison avec la famille et par celle-ci avec les praticiens. L'influence de l'infirmière sera, le plus souvent possible, complétée par l'action directe du médecin scolaire qui convoquera à son cabinet les parents des élèves entachés ou suspects de tuberculose commençante : en s'intéressant à la santé des écoliers, il

obtiendra des parents les renseignements nécessaires sur les antécédents héréditaires et personnels, sur les conditions habituelles d'existence de la famille, etc... Il leur donnera tous renseignements utiles sur l'avenir des enfants, sur l'orientation de leur vie à la sortie de l'école. « Je ne pense pas qu'on trouve
« beaucoup de mères qui restent sourdes à ces con-
« seils, s'ils sont donnés avec une conviction affec-
« tueuse par un médecin ayant donné des preuves
« de sa compétence et de son dévouement ; les
« familles pèchent par ignorance, par négligence ;
« elles sont paralysées par l'absence de tous moyens
« d'arracher leurs enfants à la tuberculose commen-
« çante. Qu'on les instruisse du mal qui menace leurs
« enfants, qu'on les oriente dans la direction qu'elles
« doivent leur donner, et qu'on leur fournisse les
« moyens de la suivre, on sera écouté et compris
« et ce serait admettre la faillite de l'amour maternel
« que de ne pas croire à la fécondité de l'œuvre
« entreprise. Mais il faut pour cela que le médecin
« ait dans son âme le feu sacré, la conviction qui
« entraîne et qu'il trouve dans sa science comme
« dans son cœur les arguments qui persuadent »
(JULLIEN). La médecine scolaire, comme toute la
médecine préventive, pas plus que la médecine qui
vise à guérir, ne peut pas s'accommoder d'une
bureaucratie impersonnelle et froide. Quelles que
soient les exigences et les prescriptions de la loi,
quelque ampleur que prenne un jour la réglemen-
tation de la prophylaxie scolaire, quelle que soit la
minutie de ses prévisions, la médecine scolaire ne

vaudra que ce que vaudra le médecin chargé de la réaliser.

Des conséquences des visites médicales des écoliers. — Mais il est nécessaire, en outre, que la surveillance médicale des écoliers ait des sanctions tangibles, appréciables par les familles. La réglementation la plus stricte tombera vite en désuétude si elle aboutit seulement à un fichier et à des conseils aux familles sans moyens pour elles de les suivre.

Les écoliers seront classés en catégories qu'on peut concevoir comme suit :

1° Les enfants dont la santé robuste n'a eu aucune défaillance et pour lesquels les examens périodiques n'ont révélé aucune altération organique ou fonctionnelle suspecte, dont les antécédents et les conditions d'existence ne laissent place à aucune inquiétude pour l'avenir. Pour eux, il n'y a aucune disposition spéciale à prendre en dehors des conditions hygiéniques générales que l'école doit réaliser.

2° Les écoliers dont la santé a eu quelques défaillances au cours de l'année scolaire (amaigrissement avec croissance, inappétence, pâleur des téguments, bronchite, fièvres éruptives, etc...) — une cure d'air, d'alimentation et d'exercices surveillés au cours des vacances scolaires leur permettra de rétablir leur santé momentanément défaillante et de reprendre ensuite l'existence normale de l'écolier. Ces enfants doivent passer leurs vacances à la montagne ou à

la mer soit aux frais de leurs familles, soit dans des colonies de vacances.

3° Les enfants présentant des signes physiques et fonctionnels d'une infection bacillaire plus ou moins atténuée, mais ne vivant pas dans leurs familles au contact d'une source de contagion tuberculeuse et présentant, d'autre part, un état général compatible avec la continuation normale des études. Ici, l'instruction reste le but essentiel à demander à l'école ; mais ce programme doit être réalisé dans des conditions permanentes de cure hygiéno-diététique. C'est l'école de plein air ou le lycée d'altitude — externat ou internat — qui doivent recevoir ces élèves.

4° Les écoliers soumis chez eux au contagement tuberculeux et présentant des signes d'imprégnation bacillaire sans être cependant porteurs de lésions de tuberculose active à localisation pulmonaire ou autre. Pour cette catégorie, le souci du développement physique prime sur les nécessités de l'instruction. Le placement familial à la campagne ou mieux le préventorium réalisent pour ces enfants les conditions optima de redressement physique, conciliables avec un travail intellectuel réduit.

5° Les écoliers présentant des lésions de tuberculose active confirmée. Ici, il n'est plus question d'études et d'instruction ; l'état de santé commande seul la conduite à tenir. C'est le sanatorium, l'hôpital, la cure à domicile suivant la situation familiale, l'étendue et l'allure plus ou moins évolutive des lésions, le caractère local ou général de l'infection, etc...

Pour être autre chose qu'un rouage tournant à vide, la prophylaxie scolaire doit donc s'engrener dans une organisation générale de la nation contre la tuberculose, mettant à la disposition du médecin scolaire et des écoliers les instruments de lutte et de préservation en nombre suffisant pour répondre aux besoins en réalisant une gratuité au moins partielle, corollaire de l'obligation, au moyen des subventions budgétaires des communes, des départements et de l'Etat, par les ressources d'une mutualité scolaire plus étendue et par l'assurance préventive.

Ainsi, dès la première étape de notre étude, nous rencontrons la nécessité d'une liaison entre les différents éléments de la lutte antituberculeuse et d'une façon plus générale de la défense nationale contre les maladies sociales. (Voir titre IV.)

B. LA SURVEILLANCE MÉDICALE DES MAÎTRES. — La surveillance sanitaire doit évidemment s'étendre à tout le personnel des établissements d'instruction. En ce qui concerne le personnel enseignant, cette surveillance s'exercera dès le seuil de l'école et sera suivie périodiquement par des visites plus espacées sans doute que celles auxquelles seront soumis les élèves, mais renouvelées au moins à chaque rentrée scolaire annuelle et après chaque épisode morbide un peu important ayant retenu le maître hors de sa classe, en s'assurant que cet épisode n'a pas été la manifestation ou le prodrome d'une évolution tuberculeuse.

La catégorisation dont nous avons envisagé plus haut la possibilité à propos des élèves pourra être prise en considération aussi pour les maîtres avec des directives similaires : colonies de vacances, écoles de plein air et lycées d'altitude, préventoriums où les maîtres professeront l'enseignement à programme réduit qui convient à ces établissements ; sanatorium ou hôpital, ou cure à domicile en congé rétribué de longue durée, cette dernière éventualité étant subordonnée à une double condition ; obligation du séjour en dehors d'un centre urbain et en dehors de l'agglomération scolaire ; soumission au contrôle du dispensaire et à l'exécution de ses prescriptions.

C. L'ÉDUCATION PHYSIQUE DE L'ÉCOLIER. — Le décret du 18 juin 1887 assigne à l'éducation physique de l'écolier un double but : « D'une part, fortifier le corps, affermir le tempérament de l'enfant, le placer dans les conditions hygiéniques les plus favorables à son développement général ; d'autre part, lui donner les qualités physiques d'adresse et d'agilité, cette dextérité de la main, cette promptitude et cette sûreté des mouvements, qui précieuses pour tous, sont plus particulièrement nécessaires aux élèves de l'école primaire destinés pour la plupart à des professions manuelles. » On ne saurait mieux dire et il est regrettable que ce programme si judicieusement défini n'ait pas toujours reçu les applications bienfaisantes qu'il semblait promettre. A vrai dire, l'éducation physique de l'enfant ne peut

pas être considérée comme quelque chose d'indépendant de son éducation intellectuelle et morale. Il y a une éducation — tout court — qui s'applique à développer harmonieusement les caractéristiques de l'être humain : résistance physique, vigueur intellectuelle, valeur morale et qui doit aussi viser à orienter les esprits vers les carrières — métier ou profession — auxquelles ils sont rendus plus aptes par leurs qualités intellectuelles et physiques, en les écartant de celles où leurs insuffisances mentale et corporelle ne leur permettraient pas d'aboutir à un rendement suffisant : l'orientation professionnelle fait partie de l'éducation des jeunes gens quel que soit le niveau de leurs études. Des travaux manuels doivent intervenir dans l'éducation de tous les enfants — même dans l'enseignement secondaire — spécialement ceux qui nécessitent la souplesse et la précision des mouvements, la justesse du regard, la rectitude du jugement.

L'éducation physique, élément nécessaire de l'éducation générale, doit donc à notre sens être envisagée comme un moyen de placer l'enfant et l'adolescent dans les conditions biologiques requises pour assurer leur développement, en augmentant leur puissance de travail, manuel ou cérébral, et leur rendement, en accroissant leur résistance aux toxi-infections aiguës ou chroniques auxquelles les exposent la vie en collectivité et les erreurs hygiéniques commises par eux ou leurs semblables.

L'éducation physique de l'enfant est ainsi un élément primordial de la défense nationale contre la

tuberculose. Par là, elle entre dans le domaine du médecin scolaire.

Le professeur de gymnastique n'est qu'un agent d'exécution soumis à ses directives ; les exercices n'étant d'ailleurs qu'un des côtés de cette éducation corporelle.

Dans la protection de l'enfant contre la menace tuberculeuse, il ne s'agit pas seulement de le mettre à l'abri des contagions certaines, probables ou simplement possibles. Cet enfant devenu adolescent, puis adulte, quels que soient le milieu où il est appelé à évoluer et la classe à laquelle il appartient, sera amené à entrer en contact avec ses semblables ; il rencontrera fatalement la contagion par le bacille de Koch qui, surajoutée à la primo-infection infantile sévère ou atténuée, risque de lui faire perdre l'équilibre allergique. Il sera soumis à des causes de surmenage et de défaillance qui permettront au nid bacillaire jusque-là inactif de se développer et d'essaimer pour devenir le point de départ d'une tuberculose évolutive.

Tous les écoliers doivent participer à cette éducation corporelle quels que soient le degré et la nature de l'éducation intellectuelle dont ils sont susceptibles de bénéficier. Elle doit leur être largement répartie en toutes circonstances. Judicieusement graduée suivant l'âge et surtout suivant les caractéristiques anatomo-physiologiques de chaque enfant et ses antécédents personnels ou familiaux, elle doit être dispensée à tous, à ceux dont les apparences sont les plus robustes et les plus à l'abri des

formes évolutives ultérieures comme à ceux paraissant plus directement menacés.

En s'écartant de ce double objectif de prophylaxie et de puissance de travail accrue, surtout en négligeant les moyens indispensables pour atteindre ces buts, les exercices physiques perdent toute leur valeur sociale ; d'utiles ils deviennent nuisibles par les tares organiques qu'ils créent ou développent, par les déformations mentales qu'ils font naître chez les passionnés de sport et de réclame.

Le but de l'éducation physique de l'enfant, c'est donc de lui donner un cœur et des poumons fonctionnant à l'aise dans une cage thoracique largement développée, un tube digestif maintenu normal par une alimentation rationnelle et par une paroi abdominale solide.

Sans entrer dans les détails des techniques à employer nous dirons seulement que les exercices doivent provoquer le développement des muscles dorso-lombaires, maintenant dans une statique normale la colonne vertébrale sur laquelle s'articulent les côtes, des muscles des membres inférieurs stabilisant le bassin support de cette colonne, des masses musculaires scapulo-humérales et pectorales réalisant chez l'enfant en voie de croissance l'ouverture des arcs costaux supérieurs et le libre fonctionnement des sommets pulmonaires. L'insuffisance de la tonicité des muscles et l'asymétrie de leur développement sont à l'origine de la plupart des scoliozes qui ne sont pas liées à des lésions osseuses : la surveillance

de l'enfant à son pupitre et la correction de ses attitudes viendront par surcroît s'ajouter au travail musculaire méthodique pour éviter ces déviations de la colonne vertébrale.

La part la plus large possible sera faite aux jeux de plein air, adaptés à la vigueur physique de l'écolier et sous le contrôle médical, évitant les sports violents, les efforts de compétition, veillant à ne pas atteindre le surmenage du cœur, éliminant dans la plus large mesure possible les occasions de traumatismes.

Mais il ne faudra pas négliger les exercices élémentaires de gymnastique faisant travailler successivement les différents groupes musculaires pour assurer leur développement symétrique et harmonieux. Dans cette catégorie, les exercices des membres supérieurs nous paraissent mériter une mention spéciale : effectués avec des haltères assez lourdes pour représenter une résistance à vaincre et assez légères pour être maniées sans effort disgracieux et sans nécessiter la contraction des muscles non directement intéressés au mouvement réalisé, ils consisteront surtout en des mouvements de circumduction de bas en haut et d'avant en arrière de manière à réaliser la projection vers l'arrière des extrémités claviculaires externes, la première partie du mouvement étant exécutée au cours d'une inspiration large, la deuxième partie s'accompagnant au contraire d'une expiration forcée cherchant à réduire le plus possible l'air résiduel.

Cette gymnastique élémentaire est fastidieuse et

rebutante quand elle est exécutée en groupes nombreux sans que l'écolier en comprenne le but et l'utilité. Il n'en est pas ainsi lorsqu'elle est effectuée par un petit nombre d'élèves, sous la direction et le contrôle d'un maître qui comprend lui-même le but à atteindre et l'explique aux élèves. Là comme dans toute branche de l'enseignement, intéresser l'enfant à l'effort qu'on lui demande est le secret du succès.

La gymnastique rythmique — applicable surtout chez les filles — réalise au mieux ce développement musculaire associé à l'assouplissement gracieux du corps. Elle contribue également à l'éducation musicale, à la discipline de l'esprit par l'exécution de mouvements simultanés par différents muscles sur des rythmes divers. Sans insister davantage, nous renvoyons aux travaux de DALCROZE, de Jean d'UDINE, et spécialement à ceux de G. PAUL BONCOUR sur la **gymnastique orthophrénique** qui vise au redressement de l'esprit par l'effort musculaire coordonné.

Mais tous ces exercices ne sont qu'un des côtés de l'éducation physique à l'école ; développer les moyens musculaires nécessaires au fonctionnement du thorax, apprendre à l'écolier à s'en servir et à respirer n'est qu'une vaine tentative si on ne fait pas vivre l'enfant et l'adolescent dans un air pur. Quelles que soient les méthodes employées, elles feront faillite si elles sont pratiquées entre les quatre murs d'une cour sans soleil. La première condition d'une éducation physique génératrice de sujets vigoureux et préventive des évolutions tuberculeuses, **c'est**

l'air pur. La classe aérée pour tous diminuera le nombre de ceux pour lesquels l'école de plein air est une nécessité.

Il ne faut pas, d'autre part, oublier que l'air extérieur le plus pur arrivera souillé aux alvéoles pulmonaires s'il traverse avant des les atteindre une bouche aux dents cariées, un naso-pharynx infecté ; l'école fera l'éducation physique de ses élèves en leur apprenant l'usage de la brosse à dents et le nettoyage de leurs cavités nasales.

La peau aussi respire ; elle ne le fait bien que débarrassée des souillures venues de l'extérieur et des produits sécrétés par ses glandes : là encore, l'école fera l'éducation physique de l'enfant par le savon et la douche qui deviendront pour lui une nécessité au lieu d'être une corvée ou un luxe.

Enfin sous la paroi abdominale, renforcée par le travail de ses muscles, doit fonctionner un tube digestif, servi par une alimentation suffisante, sans excès quantitatif ou qualitatif, répondant aux besoins réels de l'organisme, adaptés à chaque cas particulier.

De tout cela résulte une première conséquence : **l'éducation physique des écoliers ne peut pas être considérée comme un simple chapitre de la préparation militaire.** Elle n'est pas seulement « une première étape de l'adaptation du jeune homme à son futur métier de soldat » (*Guide pratique d'éducation physique de l'Ecole de Joinville*, 1918). Education physique et préparation militaire sont deux choses différentes. Celle-ci, d'une

utilité primordiale, vise à employer tous les moyens susceptibles de diminuer le temps que le jeune homme devra passer à la caserne ; elle est un élément essentiel d'économie et de défense nationale. Mais l'éducation physique des jeunes gens doit avoir un horizon plus vaste et plus compréhensif : « Les « ennemis contre lesquels elle doit les protéger, « quels que soient leur sexe et leur futur métier, « s'appellent tuberculose, maladies infectieuses, insuffisances d'organes, etc... » (JULLIEN). Ajoutons à cela que, s'adressant aussi au sexe féminin, elle doit rendre l'organisme des jeunes filles apte aux maternités et aux allaitements futurs.

En voilà vraisemblablement assez pour démontrer et préciser la place qui revient au médecin scolaire dans cette éducation corporelle de l'écolier. Notre conception de l'éducation physique justifie à elle seule la création de ce médecin d'école. Il doit être plus qu'un vague inspecteur des écoles dont le rôle dépend à la fois des loisirs que lui laisse sa clientèle, de son zèle, du bon vouloir des membres de l'enseignement et des municipalités.

L'éducation physique de l'enfant est une œuvre de pédagogie, mais de pédagogie élargie ; elle ne peut être que le résultat d'une collaboration médico-pédagogique dans laquelle le médecin ne donnera pas seulement des conseils plus ou moins distraitemment écoutés et suivis, mais jouera un rôle effectif de direction et de contrôle.

Par son intervention dans l'éducation physique

ou plus simplement dans l'éducation de l'enfant, comme par la surveillance des écoliers et des maîtres, le médecin scolaire se présente comme une arme indispensable de la défense nationale contre la tuberculose.

CHAPITRE II

LE MÉDECIN SCOLAIRE

DANS LA LUTTE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN

Comme toutes les prophylaxies, la prophylaxie antivénérienne compte parmi ses moyens l'éducation de l'opinion publique. A l'heure actuelle, c'est un sujet que l'on peut aborder dans presque tous les milieux, la conception ancienne de la « maladie honteuse » perdant chaque jour du terrain. Même pour ceux auprès desquels l'acte sexuel apparaît comme répréhensible en dehors des limites fixées par la religion, ses conséquences morbides se montrent telles que leur traitement s'impose et que les conseils de prophylaxie sanitaire vont de pair avec les règles de prophylaxie morale.

La lutte antivénérienne s'impose d'autant plus que, après avoir marqué au cours des quelques années qui ont immédiatement suivi la guerre un temps d'arrêt et même de régression, la syphilis devient plus agressive en France et accuse depuis

plusieurs années une recrudescence incontestable mise en évidence encore récemment par le professeur JEANSELME (*Mouvement sanitaire*, juin 1926) ; **il est très possible d'ailleurs que la diminution des accidents observés de 1920 à 1924 soit, pour une part, la conséquence de leur accroissement au cours des cinq années précédentes** : pendant la guerre, la syphilis a contaminé toute une série de sujets qui, dans les conditions normales, auraient été touchés plus tard par elle. Au cours des années suivantes, le spirochète n'a donc pas eu à les atteindre et il en est résulté une régression dans le nombre des accidents primitifs constatés. Aujourd'hui nous voyons arriver à la vie sexuelle des sujets que leur âge avait tenus en dehors des contaminations vénériennes au cours de la guerre et des années suivantes : ils offrent au spirochète un terrain neuf et le renouveau des accidents primitifs en est peut-être partiellement la conséquence. La régression de la syphilis, de 1920 à 1924, ne serait donc qu'une apparence et la recrudescence actuelle ne serait qu'un retour à la normale des années d'avant guerre. Les générations qui montent vers la vie sexuelle ont donc toujours besoin d'être protégées et mises en garde contre ses dangers : l'éducation sexuelle et l'enseignement antivénérien doivent donc faire partie des programmes à l'usage des adolescents.

L'éducation sexuelle, c'est-à-dire l'étude des fonctions de reproduction dans la série animale et chez l'homme, sera comprise dans le programme de

zoologie comme l'étude de la reproduction chez les plantes est comprise dans le programme de botanique. Elle est dans les attributions des professeurs de sciences naturelles et, n'ayant pas à être traitée au point de vue spécialement humain, elle sort du rôle du médecin scolaire.

Il n'en est pas de même de l'enseignement anti-vénérien, c'est-à-dire de l'étude des dangers auxquels l'individu s'expose par la réalisation de l'acte sexuel. Ce n'est plus de la zoologie ; c'est de l'hygiène et de la médecine préventive : le médecin est qualifié et il est seul qualifié.

Bien entendu cet enseignement ne peut être donné qu'aux jeunes gens que l'éveil du sens génital expose aux déboires vénériens ; il ne saurait donc en être question dans les écoles primaires. Au contraire les leçons de prophylaxie antivénérienne doivent pénétrer dans les établissements d'enseignement secondaire et dans les écoles primaires supérieures comme dans toute maison d'instruction et d'enseignement technique où se trouvent des jeunes gens aux abords de la dix-septième année, sur le point de quitter l'école ou leur famille pour mener une existence plus indépendante et plus exposée. Pour les autres adolescents, pour ceux qui ont quitté l'école à douze ou treize ans, cet enseignement anti-vénérien qui ne peut être réalisé à l'école devra faire partie des programmes de l'enseignement post-scolaire. La grande majorité de ces jeunes gens fait actuellement partie de sociétés de tous ordres, gymniques, chorales ou musicales, patronages de

toutes catégories, vivant sous le régime de la loi sur les associations ; il semble possible d'introduire obligatoirement dans les statuts déposés conformément à la loi la réalisation de cet enseignement prophylactique.

Il n'y a encore rien d'officiel à ce sujet dans les programmes d'enseignement. Ce qui a été fait résulte d'initiatives individuelles avec l'autorisation ou la neutralité bienveillante de l'Université.

Il y a déjà longtemps, le professeur FOURNIER, puis le professeur PINARD ont publié des brochures à l'usage des jeunes hommes de dix-huit ans ; mais il ne s'agissait pas de leçons faites devant un auditoire d'élèves ; la portée en était toute différente. Au cours de la guerre, le professeur CALMETTE fit aux jeunes gens de Lille des conférences sur le péril vénérien. En dehors de cette circonstance exceptionnelle, il faut arriver en 1921 pour assister à la première réalisation — à notre connaissance du moins — de cet enseignement dans un établissement universitaire, au collège de Montélimar, par le médecin principal JULLIEN, alors médecin-chef de l'Hôpital militaire de cette ville. Le succès de cette tentative et la publication de cette causerie entraînèrent plusieurs imitateurs, en particulier le professeur agrégé LAIGNEL-LAVASTINE, au Lycée Condorcet, à Paris, en 1926. M. JULLIEN a repris lui-même cet enseignement aux Lycées de Lyon, en 1926, sous le patronage de l'Association des Parents d'Elèves. Les auditeurs étaient les candidats aux grandes écoles et les élèves de philosophie et de

mathématiques candidats au deuxième baccalauréat et sur le point de quitter l'enseignement secondaire ; ces derniers n'étaient admis qu'avec l'autorisation de leurs parents. Le succès de bon aloi remporté par ces conférences auprès du jeune auditoire et la faveur avec laquelle elles ont été accueillies par les familles soucieuses de la santé physique et morale de leurs enfants sont une indication précieuse dont l'Université devra tenir compte. Comme l'a écrit le D^r CARLE (de Lyon), dans sa préface à la conférence éditée du médecin principal JULLIEN : « L'expérience tentée paraît dès maintenant suffisamment concluante pour permettre aux Pouvoirs publics d'autoriser des causeries semblables dans les classes de tous les établissements d'instruction. »

L'enseignement prophylactique antivénérien chez les jeunes filles. — Jusqu'à présent les rares initiatives dans le sens de l'éducation antivénérienne se sont bornées aux jeunes hommes. Pour la jeune fille, cet enseignement se heurte encore à trop de traditions anciennes, qui persistent malgré les modifications profondes qui se sont produites dans son existence, dans sa vie intérieure comme dans sa vie extérieure, dans sa liberté d'allures et dans ses relations avec l'autre sexe. Cette évolution — de quelque façon qu'on la juge — n'est plus compatible avec l'ignorance d'Agnès : il est indispensable que par des procédés licites et francs la jeune fille soit instruite des fonctions de reproduction pour la

mettre en garde contre les pièges sentimentaux et le vertige des sens ; il est nécessaire qu'elle apprenne les dangers de la vie sexuelle, ne serait-ce que pour comprendre l'importance à leur accorder le jour où elle devra chercher ou accepter son futur mari. Si nos mœurs et nos préjugés ne sont pas encore adaptés à la réalisation de cet enseignement, cette adaptation ne saurait être retardée sans dommage pour la morale et la santé publiques ; il appartient aux médecins et aux hygiénistes d'attirer l'attention sur cette nécessité et d'orienter l'opinion sur le caractère hautement moralisateur de cette initiation.

Comment l'enseignement antivénérien doit-il être réalisé dans les établissements d'instruction ? — Mais un pareil sujet demande à être traité dans un milieu d'adolescents — filles ou garçons — avec une légèreté de touche et un doigté tout spéciaux ; même devant des jeunes hommes, il ne peut pas être abordé dans le même esprit que devant des adultes. Pour tout dire, il faut que, rédigées, ces causeries réalisent, suivant l'expression des catalogues de librairie, « un ouvrage pouvant être mis entre toutes les mains ».

Il ne saurait donc être question d'apprendre à cette jeunesse les moyens de réaliser, avec le minimum de dangers, l'acte sexuel ; il serait déplacé de parler devant un auditoire de cette qualité de préservatifs et de pommade prophylactique. « Des notions sommaires, mais précises, sur les maladies vénériennes

« et les dangers qu'elles font courir à l'individu et
« à la race seront suivies de conseils pour éviter les
« tentations de la rue et des lieux de plaisir, pour se
« méfier des illusions sur la vertu d'une maîtresse,
« pour fuir en cas d'accidents les officines louches
« et les réclames trompeuses, pour chercher dans la
« vie intellectuelle et physique les dérivatifs aux
« emportements de la jeunesse et pour trouver dans
« le mariage jeune la réalisation d'un bonheur
« fondé sur l'esprit de famille. En un mot, faire
« œuvre de prophylaxie sanitaire et morale. »

Dans la description des accidents vénériens, il conviendra de rester dans une note discrète, en évitant les traits trop précis et trop accentués : qui veut trop prouver ne prouve rien. Faire défiler devant les regards terrifiés ou narquois, suivant le tempérament de chacun, des projections ou des moulages d'organes plus ou moins horriblement mutilés nous paraîtrait une faute de goût et qui plus est une erreur d'enseignement : ce qui importe, surtout en matière de syphilis, c'est de montrer à ces jeunes gens le caractère souvent banal et anodin de lésions dont les conséquences peuvent pour eux devenir terribles, c'est de leur montrer qu'une femme contagieuse peut l'être avec toutes les apparences d'un corps intact et sain.

Bref, garder la mesure pour rester dans la vérité et ne pas risquer, en voulant inspirer la crainte du danger, de créer chez ces adolescents la phobie morbide de la femme avec les déviations de l'instinct sexuel qui peuvent en être la conséquence.

Donnés avec tact, ces conseils sont reçus par les élèves avec gravité : les maîtres de l'enseignement les accueillent avec plaisir et les familles, dans l'immense majorité des cas, acceptent avec reconnaissance ces avertissements salutaires qu'elles peuvent difficilement donner à leurs enfants.

CHAPITRE III

LE ROLE DU MÉDECIN SCOLAIRE DANS L'ÉDUCATION ET L'INSTRUCTION DE L'ENFANT L'ÉDUCATION ANTIALCOOLIQUE L'HYGIÈNE DANS LA FAMILLE PAR L'ENFANT ET PAR L'ÉCOLE

« Une des vérités politiques les plus familières, « c'est que dans le cours de l'évolution sociale la « coutume précède la loi et que la coutume, une « fois solidement établie, devient loi en recevant « la consécration officielle et une forme définitive » (H. SPENCER). En d'autres termes, « comme les lois « physiques sont la consécration et la généralisation « des faits d'observation et d'expérience, de même « les lois sociales ne peuvent être que la codification « des tendances et des mœurs. Hors de cela, elles ne « sont que de vaines formules sans portée et sans « action » (JULLIEN).

L'éducation hygiénique de la nation est donc la condition indispensable de l'efficacité des lois d'hygiène et cette éducation ne peut être réelle que si l'éducateur s'adresse à l'enfant en lui inculquant des habitudes qu'il conservera à l'âge adulte et que même il pourra transporter avant cette échéance au

sein de sa famille, dans son foyer, à son logis. Certes cette influence heureuse de l'enfant sur l'hygiène de son milieu familial ne se fera pas sentir très aisément ; il y aura influences réciproques de la famille sur l'enfant et le plus souvent elles agiront en sens contraire des préceptes d'hygiène — comme de morale, de langage et d'orthographe — que l'école a essayé d'inculquer à l'enfant. Une interpénétration de la famille et de l'école est indispensable et l'action directe des maîtres et du médecin scolaire est ici nécessaire comme nous l'avons vu à propos de la tuberculose. Elle doit exister dès l'école maternelle et s'attacher dès ce moment à réaliser la propreté de l'enfant ; les directrices d'écoles maternelles ont dans leurs obligations impérieuses, sinon officielles, de faire l'éducation des mères en même temps que celle des enfants : accoutumé à la netteté de son corps et de ses vêtements, dès sa première jeunesse, l'adolescent conservera comme un réflexe cette habitude heureuse nécessaire au développement de toutes les autres habitudes d'hygiène. M. ROCHAIX, dans une leçon à l'Institut de pédagogie de la Faculté des Lettres de Lyon, a justement insisté sur cette éducation des familles par l'école maternelle.

Ainsi, il est bien entendu aujourd'hui que si l'on veut faire pénétrer l'hygiène dans les habitudes françaises, c'est à l'enfant qu'il faut l'enseigner et la faire pratiquer de telle sorte qu'elle devienne pour lui un besoin. Cette éducation hygiénique a donc son début dès l'entrée de l'enfant à l'école maternelle pour se poursuivre dans l'enseignement pri-

maire et dans les classes élémentaires des lycées et des collèges. « Dans cette période de la vie scolaire
« il ne peut être question de leçons d'hygiène venant
« se surajouter aux programmes ; il faut simple-
« ment inculquer à l'enfant un besoin de propreté
« pour lui-même, pour ses voisins, pour les objets
« qui l'entourent et dont il se sert, sans l'ennuyer
« par des considérations théoriques. Il faut l'habi-
« tuer à une vie aérée et lumineuse, le déshabituer
« des cache-nez et des surcharges vestimentaires.
« Quelques historiettes et des leçons de choses sur
« les inconvénients de la malpropreté, sur les plai-
« sirs de l'hygiène, sur l'eau potable, sur les
« misères de l'alcoolisme et la honte de l'ivrognerie
« seront la seule part faite à la théorie dans cet
« enseignement qui aura pour base l'hygiène par
« l'exemple et qui sera surtout un enseignement
« réciproque des enfants par eux-mêmes, couronné
« par des prix de propreté avec au besoin des
« primes aux familles ; mais cette réalisation néces-
« site deux conditions, essentielles : des maîtres et
« des maîtresses convaincus de l'importance de ces
« habitudes dans l'éducation physique, morale et
« intellectuelle de l'enfant et des locaux disposés de
« telle sorte que les pratiques d'hygiène élémentaire,
« c'est-à-dire de propreté, soient réalisables : ensei-
« gner à l'enfant la nécessité de se laver les mains,
« la figure, les pieds et le reste si l'école n'a pas de
« lavabos, est une gageure dont le seul résultat est
« de rendre l'enfant précocement sceptique sur la
« valeur des histoires qu'on lui raconte. »

Le médecin scolaire n'a donc pas à intervenir directement auprès du jeune enfant pour lui apprendre l'hygiène, mais son rôle éducateur n'en est pas moins important dans ces circonstances pour inspirer aux architectes la conception hygiénique des bâtiments scolaires, des espaces libres qui les entourent et du mobilier qui les garnit.

A l'école primaire supérieure et dans le second cycle de l'enseignement secondaire, interviendront des leçons d'hygiène. L'hygiène doit être présentée à l'adolescent « comme un de ses devoirs vis-à-vis
« de ses semblables, comme une nécessité de la vie
« collective, la santé de chacun ayant sa répercussion sur la santé de tous, sur la richesse
« nationale, le mieux-être de l'humanité. Mais cette
« obligation morale et cette nécessité sociale étant
« posées, est-ce à dire que cet enseignement doive
« être un chapitre du cours de morale ? Je ne le
« crois pas. Il ne saurait davantage d'ailleurs être
« rattaché au cours de sciences naturelles ou à toute
« autre matière enseignée. Ainsi compris, en effet,
« l'enseignement de l'hygiène ne sera jamais qu'une
« annexe de l'objet principal du cours et sera fatalement relégué, en fin de programme, en quelques
« leçons bachelées en fin d'année. De plus, ces maîtres
« qui ne sont pas des hygiénistes ne seront le plus
« souvent que des intermédiaires passifs entre le
« livre et l'élève ; l'enseignement y perdra sa
« fraîcheur et sa vitalité pour s'envelopper d'une
« désastreuse atmosphère d'ennui... L'enseignement
« y prendra en tous cas cet aspect schématique qui

« déforme si profondément les choses médicales
« quand elles sont exposées par des esprits non
« médicaux. En fait, c'est le médecin hygiéniste
« qui doit être l'éducateur hygiénique de l'élève de
« l'enseignement secondaire et de l'enseignement
« primaire supérieur » (JULLIEN). Cette intervention
nécessaire du médecin hygiéniste dans l'enseigne-
ment de l'hygiène était déjà préconisée par LAN-
DOUZY, LE GENDRE, MOSNY, MERY. DE PRADEL écrit :
« Nul mieux que le médecin ne doit être au courant
« des questions d'hygiène générale et individuelle
« qui peuvent intéresser la santé et la vie des
« enfants qu'il connaît et dont il a la charge. Nul
« mieux que lui ne saurait adapter son enseignement
« aux besoins des jeunes cerveaux qu'il aura
« étudiés. »

Précisons que l'hygiéniste le plus qualifié pour enseigner l'hygiène à l'école doit être le médecin scolaire. Il suivra un programme simple : des leçons sur la tuberculose viendront s'ajouter à son action directe de préservation et de surveillance des écoliers telle que nous l'avons exposée dans notre premier chapitre ; dans ce programme rentrera aussi l'enseignement antivénérien dans les limites où nous l'avons indiqué plus haut ; le cancer pourra faire l'objet d'une leçon ; les maladies contagieuses, leur mode de transmission, leur prophylaxie seront aussi étudiés à l'exclusion, bien entendu, de toute notion clinique ; les dangers de l'air confiné, du surpeuplement, les bienfaits de la fenêtre ouverte, de l'air pur et du soleil seront indiqués avec insistance.

Une place prépondérante sera réservée à la propagande antialcoolique : toxicité des alcools, conséquences terribles pour la santé des individus et de leur descendance, préjugé de l'alcool « aliment », teneur en alcool des boissons fermentées et danger de leur consommation immodérée, charges inutiles imposées au budget de la famille par les boissons alcooliques ; conséquences désastreuses morales et financières pour la famille acculée à la misère et au crime par l'alcoolisme et l'ivrognerie d'un seul de ses membres. Le médecin scolaire, éducateur hygiénique de la jeunesse des écoles, montrera à ces jeunes esprits la nécessité impérieuse, quand ils seront devenus des citoyens artisans responsables des destinées de leur pays, de mettre tout en œuvre, malgré les obstacles et la coalition des intérêts particuliers, pour arrêter et restreindre cette intoxication collective par l'alcool de toute la race française.

L'action dissolvante de l'alcool sur la famille et son influence déplorable sur le budget des ménages seront mises en évidence dans les leçons d'hygiène culinaire faites aux jeunes filles en même temps qu'on leur apprendra, de concert avec leur maîtresse d'enseignement ménager, les principes physiologiques sommaires qui doivent présider à la confection des aliments et à la composition des menus ; pour ces jeunes filles enfin les cours de puériculture par le médecin scolaire seront une préparation efficace à leur futur rôle de mère et de nourrice. « En ce qui concerne ce dernier point il faut essentiellement un enseignement théorique

« d'où les élèves conserveront des notes qu'elles utiliseront plus tard. Les visites aux consultations de nourrissons et aux crèches, en principe excellentes, ne pourraient être profitables que si les jeunes élèves participaient effectivement au fonctionnement de l'œuvre ; réduites, au contraire, à former le cercle autour d'un médecin qui donne des conseils aux mères, elles ne retirent de cet enseignement un peu décousu qu'un profit restreint et un souvenir confus » (JULLIEN).

Ainsi se manifestera l'action éducatrice pour la nation de l'école et du médecin scolaire ; celui-ci complètera son œuvre, comme nous l'avons vu pour la tuberculose, par des conseils aux jeunes gens au moment de ses examens périodiques et aux familles quand il sera conduit à s'entretenir avec elles de la santé de leurs enfants.

Pour les élèves qui ont définitivement quitté l'école après treize ans, on aura déjà obtenu un résultat sérieux pour les progrès de l'hygiène nationale, si l'école primaire leur a inculqué de solides habitudes de propreté, le besoin d'air pur, la honte de l'alcoolisme. L'enseignement post-scolaire, par l'intermédiaire des différentes sociétés dont ils feront partie, pourra compléter ces notions dans les conditions que nous avons déjà envisagées à propos de l'enseignement antivénérien.

Bref, c'est au médecin scolaire « que revient la tâche de faire l'éducation hygiénique de l'enfant et de l'adolescent en intervenant directement

« d'abord dans la construction des écoles, ensuite
« dans l'enseignement. Hors de cela, l'hygiène sor-
« tira difficilement des circulaires pour passer des
« programmes dans le domaine des réalisations »
(JULLIEN).

CHAPITRE IV

LA COLLABORATION DU MÉDECIN ET DES MAÎTRES

Mais si dans l'éducation et la surveillance hygiéniques de l'enfant, le rôle du médecin est prépondérant, nous sommes par contre persuadés que, réduit à ses propres moyens, agissant seul, en contact seulement quelques heures par mois avec les élèves, il verra son action s'émousser et son enseignement sombrer dans l'oubli : il lui faut comme précieux collaborateur, le maître.

Celui-ci doit être, dès sa préparation professionnelle, adapté à cette collaboration et, pour cela, orienté vers cette conception que l'organisme fait un tout, un bloc : l'éducation consiste justement à réaliser le développement harmonieux et synergique de l'ensemble. Pas plus qu'il n'y a de cloisons entre les différents éléments de l'être humain, unis entre eux par les fils ténus du système nerveux et les influences complexes et encore souvent mystérieuses des sécrétions internes, pas davantage il ne peut y avoir de cloisons étanches entre les diverses personnalités — parents, médecin, maîtres, etc... —

chargées de surveiller le fonctionnement régulier et d'assurer le perfectionnement de ces complexes sensibles et délicats que sont les enfants et les adolescents.

Cette orientation vers une collaboration confiante est surtout nécessaire pour les maîtres de l'enseignement primaire qui, par l'organisation même de cet enseignement, sont plus en contact permanent avec les élèves. L'enseignement secondaire plus morcelé, plus spécialisé, où l'élève a plusieurs professeurs lui enseignant les différentes matières du programme, s'adapte moins à cette collaboration médico-pédagogique ; mais le médecin scolaire doit avoir sa place dans les réunions de professeurs où ceux-ci échangent leurs impressions sur les différents élèves.

Donc le maître, qui aura suivi lui-même à l'école normale les leçons d'un médecin hygiéniste, sera dans son école le collaborateur du médecin scolaire. Cette collaboration s'exercera d'abord en veillant à ce que les élèves mettent en pratique les indications données par le médecin, au point de vue de la propreté du corps et des vêtements, de l'aération des classes, etc... Son action de tous les instants s'exercera pour traduire en leçons de choses et en faits d'expérience les préceptes donnés par le médecin. De ce fait, la leçon faite par celui-ci sera moins vite oubliée, et illustrée d'histoires et d'exemples, il se peut qu'elle ne le soit jamais.

Si, d'autre part, nous envisageons le rôle du médecin scolaire comme contrôleur de la salubrité

générale, de l'hygiène des locaux, comme juge de la valeur du chauffage, de la qualité de l'éclairage et de l'intensité de l'aération, il se peut fort bien que dans une ou deux visites le praticien ne se rende pas exactement compte de ce qui est défectueux. Combien sera précieux le renseignement donné par le maître qui, fréquentant pour ainsi dire en permanence les locaux, aura eu à maintes reprises l'occasion de relever les défauts des installations.

La collaboration du médecin et du maître devient encore plus nécessaire lors des visites périodiques des élèves. L'observation permanente d'un éducateur habitué aux enfants et habile à suivre les modifications de leur humeur et de leur activité physique ou intellectuelle fournit des renseignements de premier ordre dont il faut tenir grand compte. Dans ce but, M. le D^r Vigne (de Lyon) avait imaginé de donner aux maîtres une feuille de renseignements où on pouvait noter, en répondant à un questionnaire, les signes importants très utiles à connaître au moment des visites périodiques. Nous en reprenons ici l'essentiel : les touseurs chroniques étaient signalés ainsi que le timbre de leur toux. Y a-t-il en même temps expectoration ? Les élèves ont-ils assez bonne vue pour suivre au tableau noir, sur les cartes murales ? Prennent-ils des positions défectueuses pour écrire ou lire ? Répondent-ils immédiatement à l'appel de leur nom ? Respirant-ils la bouche ouverte ? Ont-ils subi quelque opération ? Quelle est la valeur psychique d'un sujet ?

Dans d'autres circonstances, les maîtres signa-

leront au médecin les élèves qui évolueraient vers la paresse ou deviendraient des amaigris, des chétifs, des inattentifs, des anormaux.

Quelquefois, dans une même classe plusieurs frères ont passé à quelques années d'intervalle, aussi devant le problème que pose l'examen médical d'un nouveau, le maître pourra rappeler le passé sanitaire des aînés.

Ainsi peut se comprendre l'appui mutuel que peuvent se prêter l'éducateur et le médecin afin de rendre plus aisée et plus fructueuse la tâche de surveillance hygiénique qu'ils exercent sur les enfants, et afin d'accomplir avec plus d'efficacité la campagne de prophylaxie et de propagande si importante pour la santé de la jeunesse et la richesse de la nation.

Pas plus qu'au régiment, le médecin à l'école ne doit être considéré comme un intrus et un gêneur ; son action convergente avec celle des maîtres doit viser non pas à excuser ou à favoriser la paresse mais à placer l'enfant dans les conditions les meilleures pour réaliser son maximum de développement physique et de culture intellectuelle.

CHAPITRE V

FORMATION ET RECRUTEMENT DES MÉDECINS SCOLAIRES

Tout médecin, quels que soient les actes professionnels qu'il accomplisse, agit toujours en vue de la protection de la santé publique. Est-ce à dire que tout praticien est susceptible de remplir les fonctions du médecin scolaire telles que nous venons de les considérer ?

Au cours des pages précédentes, et bien que nous n'ayons envisagé que certains côtés de la fonction du médecin scolaire, nous avons pu cependant nous rendre compte de la complexité des connaissances qu'il doit posséder. Il doit être avant tout et par-dessus tout un clinicien. Comme nous le disions plus haut, l'étude de la pathologie générale et de la pathogénie, la formation clinique sont à la base de la médecine préventive. Très documenté sur les signes prémonitoires de l'imprégnation tuberculeuse, sur les conditions de sa contagiosité et sur les formes cliniques de l'affection dans ses manifestations d'invasion générale de l'organisme et dans ses diverses localisations ganglio-pulmonaires ou

extra-pulmonaires, le médecin scolaire n'ignorera rien des signes de tous ordres qui décèlent chez l'enfant la tuberculose ou menaçante, ou débutante, ou confirmée. Les manifestations cliniques de l'héredo-syphilis devront lui être assez familières pour qu'il puisse les diagnostiquer ; les maladies contagieuses, aiguës ou chroniques, surtout les formes frustes et les modes de début devront lui être familières aussi, non seulement dans leurs manifestations cliniques mais encore dans leurs caractères épidémiologiques. On ne peut certes exiger de lui que sa compétence clinique s'étende à toutes les spécialités, mais ses connaissances en médecine générale doivent être assez vastes et assez approfondies pour lui permettre de soupçonner la lésion de tel ou tel organe, quitte à faire confirmer ou infirmer son impression clinique par l'examen d'un spécialiste compétent. Bref, des études médicales solides sont à la base de la formation spéciale du médecin scolaire.

Sur cette base se développera la spécialisation d'hygiéniste. Hygiène de l'habitation, du vêtement et du corps, hygiène alimentaire et intoxications par les aliments, épidémiologie, alcoolisme et maladies sociales, etc..., constitueront le vaste programme exploré minutieusement par lui, complété par les connaissances législatives et administratives indispensables à tout hygiéniste (lois et décrets régissant la protection de la santé publique, les pouvoirs municipaux, organisation de l'enseignement public et privé, relations des familles et des établissements scolaires, etc...).

Enfin il devra être initié aux règles générales de la pédagogie de manière à comprendre la formation intellectuelle des maîtres de l'enseignement, pour parler le même langage qu'eux et réaliser cette collaboration dont nous avons montré plus haut la nécessité.

Quelle sera donc la meilleure méthode de formation et de recrutement du médecin scolaire ?

D'abord, ces fonctions ne peuvent pas être confiées à un médecin praticien absorbé par les obligations de sa clientèle. Cette solution a le seul avantage de permettre de donner un traitement dérisoire au médecin inspecteur des écoles qui doit trouver dans sa clientèle les honoraires indispensables à son existence. Elle a l'inconvénient — absolument rédhibitoire — d'aboutir à une parodie de la médecine scolaire : l'inspection des écoles est le plus souvent une façade.

La tâche qui incombe à la médecine scolaire, telle qu'elle doit être conçue si on veut qu'elle soit réellement utile à la santé nationale, est assez lourde pour occuper l'activité entière d'un homme. Le médecin qui s'y consacre doit être détaché des soucis de clientèle ; il doit être payé de telle sorte qu'il puisse se consacrer entièrement à sa fonction ; il doit y trouver toutes les garanties et le statut d'une carrière, avec les sanctions de ses mérites et de ses défaillances, avec une situation matérielle et morale nécessaire à sa considération par les familles : **il doit être un fonctionnaire d'Etat.**

La désignation ne peut donc pas être le résultat

de la faveur et de relations plus ou moins influentes. L'homme à qui seront confiés la santé et l'avenir de la jeunesse française doit présenter toutes les garanties de connaissances et de conscience professionnelles ; il doit avoir donné des preuves de sa compétence et de sa valeur.

C'est donc en fin de compte le concours qui offre le plus de chances de désignation justifiée. On peut le concevoir organisé entre des candidats docteurs en médecine, ayant effectué un stage préparatoire d'un an au cours duquel l'enseignement sera organisé en conséquence d'après un programme établi suivant les connaissances exigées par les fonctions de médecin scolaire : stage et cours de perfectionnement pour la tuberculose, étude des maladies aiguës ou chroniques contagieuses et héréditaires, hygiène de l'habitation et du vêtement, hygiène corporelle, hygiène infantile et puériculture, etc... ; législation et administration sanitaires, scolaires, etc... ; conférences pédagogiques. Le jury du concours — qui gagnera à être annuel et unique pour tout le territoire — sera en majorité médical. On peut le concevoir ainsi composé : deux professeurs de Faculté de Médecine, dont un professeur d'hygiène, un inspecteur départemental d'hygiène, un médecin scolaire, un membre de l'enseignement, à l'exclusion de toute personnalité ou de toute influence étrangères à la médecine et à l'instruction publique.

Nous nous séparons donc ici de la conception de LESIEUR, qui prévoyait le médecin scolaire choisi

parmi les praticiens d'une ou plusieurs communes au moyen d'un concours présidé « par le préfet, le sous-préfet ou le maire » et composé de médecins hygiénistes, d'inspecteurs départementaux, délégués cantonaux. Pour nous, le médecin scolaire doit être indépendant de toute clientèle et de toute influence locale ; il doit être un fonctionnaire d'Etat, nommé au concours, après une préparation sérieuse, devant un jury détaché de toute préoccupation extra-médicale ou extra-universitaire.

Nous concluons donc avec DUFESTEL : « Le « concours rehaussera le prestige et l'autorité du « médecin scolaire, car c'est le seul moyen pratique « de s'assurer que le médecin inspecteur possède « les connaissances spéciales si nombreuses et si « variées qu'exigent ses fonctions. Le médecin y « gagnera aussi en dignité. Jugé par ses pairs, il « ne verra plus ses titres discutés par des assemblées « incompetentes dont les décisions sont trop souvent « basées sur des considérations étrangères à la « médecine. »

Le nombre des médecins scolaires et leur répartition sur le territoire seront réglés en fonction du nombre des élèves et de la densité de la population scolaire.

On pourra évidemment reprocher à notre conception, surtout dans les circonstances actuelles, de créer une source importante de dépenses. C'est l'objection qui se dresse devant toutes les organisations d'hygiène et on ne peut que lui opposer cette vérité indéniable que ces dépenses qui doivent avoir

pour résultat une diminution des charges de l'assistance, une augmentation des forces productives et de la richesse nationales sont des placements sûrs et à gros intérêt. A l'heure où l'Administration française semble en voie de rajeunissement, le moment est propice pour faire aux organisations de défense de la santé nationale la place qui leur revient dans l'armature indispensable à la France de demain.

TITRE II

LE MÉDECIN DE DISPENSAIRE

CHAPITRE VI

LE DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX

Nous ne nous attarderons pas à rappeler ici l'historique des dispensaires et leur développement progressif en France depuis la guerre 1914-1918 sous l'influence des efforts féconds du Comité National de défense contre la tuberculose, en application de la loi BOURGEOIS, du 15 avril 1916. De même, les résultats obtenus dans la prophylaxie antituberculeuse par le dispensaire, agent direct de lutte contre le bacille de Koch, sont trop connus pour que nous insistions encore sur eux : ils sont l'objet de publications quasi quotidiennes et au fur et à mesure que se resserrera sur le territoire la trame de ces organisations, les résultats féconds nous apparaîtront plus nombreux encore et plus évidents.

Nous ne reviendrons pas davantage sur les détails de fonctionnement du dispensaire : ils ont fait l'objet de publications nombreuses, soit dans des thèses antérieures, en particulier celle de BAUDOT (Lyon, 1920), soit dans de nombreux articles du

Bulletin du Comité National ou de la Revue de Phthisiologie médico-sociale. Toutefois, nous indiquerons que, à côté du dépistage des tuberculeux, de leur éducation prophylactique, de leur surveillance à domicile par les visiteuses et de la distributions aux indigents de bons de médicaments et d'aliments, il est un élément très important de lutte antituberculeuse que le dispensaire ne doit pas négliger : c'est la désinfection du linge des malades. Cette pratique, de règle dans les dispensaires lyonnais, n'est pas réalisée dans tous les dispensaires des autres villes et il y a là, à notre avis, une lacune qui peut laisser persister une cause importante de contagion familiale et professionnelle.

En somme le dispensaire oriente les efforts du malade, crée autour de sa famille la protection nécessaire et contribue à répandre dans tous les milieux sociaux les notions de propreté, de salubrité et d'hygiène générale qui sont la base de l'effort antituberculeux.

Il est donc nécessaire de multiplier sur le territoire ces organisations de manière à créer un réseau défensif dont les mailles serrées ne laissent filtrer qu'un minimum de plus en plus réduit de tuberculeux. La loi du 15 avril 1916, qui marquait un grand progrès sur le néant de l'avant-guerre, est à ce point de vue insuffisante. Certes, il y a intérêt à laisser les dispensaires se créer spontanément sous l'influence des initiatives privées, patronnées, guidées, contrôlées et coordonnées soit par les Pouvoirs publics compétents, soit par une organisation cen-

trale autonome comme le Comité National. Mais en face de certaines inerties et devant la menace toujours suspendue de la tuberculose envahissante, il est nécessaire de prescrire l'obligation et d'imposer la création de dispensaires. Or la loi de 1916 ne prévoit **la possibilité de l'obligation** que si, pendant cinq ans consécutifs, la mortalité par tuberculose dans une commune a été supérieure à la mortalité moyenne en France ; dans ce cas, et après explication du Conseil municipal intéressé, avis du Conseil départemental d'hygiène et du Conseil général, le préfet **peut** ordonner la création d'un dispensaire. **Cette disposition nous paraît à la fois insuffisante et excessive.** Insuffisante, parce que toutes les conditions requises pour que le préfet soit autorisé à ordonner la création d'un dispensaire rendent bien improbable la création d'un seul de ces organismes dans ces conditions. Excessive, parce qu'un très grand nombre de communes sont trop peu importantes pour justifier à elles seules la création d'un dispensaire, même si elles étaient décimées par la tuberculose ; le dispensaire n'y couvrirait pas ses frais, si réduits qu'ils soient. Il nous paraît que la création d'un dispensaire devrait être obligatoire à l'heure actuelle et réalisée par l'initiative préfectorale, dans la forme des dispensaires publics prévue par la loi, dans tous les arrondissements où dix ans après la promulgation de cette loi (1916-1926) les initiatives privées n'ont pas cherché ou réussi à en réaliser dans la forme de dispensaires privés rattachés au Comité

National. Cette formule d'un dispensaire par arrondissement n'est évidemment qu'une indication modifiable suivant les circonstances locales et la densité de la population ; elle constitue en tout cas un minimum, le médecin du dispensaire étant doublé par des visiteuses à résidence cantonale ; en dehors des agglomérations urbaines importantes, ce dispensaire d'arrondissement suffirait d'ailleurs si son installation fixe au siège de l'arrondissement se doublait d'une organisation mobile lui permettant de faire dans les cantons et les grosses communes des tournées périodiques qu'il serait avantageux de faire coïncider avec les jours de foire et de marché.

Quels doivent être les clients du dispensaire ? Sera-t-il ouvert à tous ou seulement aux indigents ? Quels que soient les arguments opposés à la première conception, c'est cependant vers elle que vont nos préférences ; le danger tuberculeux existe pour tous et par tous ; le cracheur de bacilles qui n'est pas indigent est aussi dangereux pour son entourage et pour la société que le tuberculeux pauvre. Il y a donc intérêt à ouvrir le dispensaire à tous en prenant toutes dispositions pour sauvegarder les intérêts respectables des praticiens qui se font eux-mêmes les pourvoyeurs des dispensaires quand ils sont sûrs que ces établissements leur apportent une collaboration et non une concurrence, surtout si le médecin du dispensaire ne fait pas lui-même de clientèle. En tout cas, il est une catégorie de malades qui ne doit pas échapper au dispensaire : ce sont les anciens militaires pensionnés pour tuberculose au

titre de la loi du 31 mars 1919. « L'exemption du
« service militaire, l'attribution d'une pension pour
« une tuberculose réputée contractée à l'armée
« entraîne pour eux une contre-partie qui doit se
« traduire par une obligation légale : ils doivent,
« eux et leurs familles, être placés sous la surveil-
« lance médicale du dispensaire. » M. le médecin
principal JULLIEN a développé cette idée, en 1925,
dans le *Mouvement Sanitaire*. Le législateur est
entré dans cette voie, mais d'une façon insuffisante
et à vrai dire inopérante en créant cette obligation
pour les tuberculeux pensionnés bénéficiaires de
l'indemnité annuelle supplémentaire de 5.000 francs
attribuée seulement aux tuberculeux qui ne tra-
vaillent pas et ne sont pas hospitalisés aux frais de
l'Etat. Ce dispositif de la loi a pour conséquence
d'abord d'inciter à ne pas travailler bien des tuber-
culeux qui pourraient le faire, ensuite d'encourager
à rester dans leur logement, souvent réduit et sur-
peuplé, où ils contaminent leur famille, des phti-
siques avancés pour lesquels l'isolement à l'hôpital-
sanatorium serait la seule prophylaxie utile. Enfin,
au point de vue qui nous occupe ici, la loi laisse en
dehors de la surveillance prophylactique du dispen-
saire tous les tuberculeux valides qui travaillent,
circulent et... crachent, constituant pour le bureau
et l'atelier une source de contagion qui n'est certes
pas négligeable. La mise en surveillance s'impose
pour tous les tuberculeux pensionnés en raison de
leur tuberculose confirmée par une expectoration
bacillifère.

CHAPITRE VII

LE DISPENSAIRE ANTIVÉNÉRIEN

La lutte contre le péril vénérien est, elle aussi, une création de la guerre. Avant 1914, le côté social de la vérole était resté méconnu. Comme le faisait remarquer, en 1925, le professeur PAUTRIER, alors que les découvertes scientifiques mettaient au service de la médecine des moyens nouveaux et puissants de diagnostic et de traitement, l'opinion et l'administration restaient indifférentes aux conséquences formidables que la syphilis et la blennorragie ont pour les familles et pour la race. A la vérité, de rares dramaturges et quelques romanciers, bravant l'ostracisme dont un pareil sujet était l'objet, avaient mis au roman ou sur la scène ce thème scabreux ; mais s'ils montraient les dangers du mal, ils négligeaient l'action et la propagande préventives. Il n'apparaissait pas que l'on pût « organiser « la lutte contre la syphilis, maladie qui semblait « inévitable, invincible et dont, en tout cas, il était « de bon ton de ne pas parler » (PAUTRIER).

Vint la guerre. Et ce fut, dès 1915, la montée

impressionnante des maladies vénériennes, dont les atteintes se multipliaient par le double jeu des contaminations récioproques des soldats venus du front et des femmes de l'intérieur ou de l'arrière. Il fallait agir. Les efforts conjugués de la Commission de prophylaxie antivénérienne du Ministère de l'Intérieur et du D^r FAIVRE, inspecteur général des Services administratifs, aboutirent à la création des **dispensaires antivénériens ou services annexes** qui, dans cette campagne prophylactique, vinrent s'ajouter d'une part aux conférences destinées à éduquer les soldats, les ouvriers, les ouvrières, le grand public, et d'autre part à une organisation moins policière et plus médicale de la surveillance des prostituées.

L'effort de la guerre s'est continué et développé depuis la cessation des hostilités, et aux créations officielles sont venus s'ajouter les efforts de l'initiative privée, par la Ligue Nationale contre le Péril vénérien et par l'Institut Prophylactique du D^r VERNES.

Pas plus que pour le dispensaire antituberculeux nous n'insisterons ici sur l'organisation et l'installation matérielle des dispensaires antivénériens composés essentiellement d'une salle d'attente, d'un cabinet de consultations, d'une salle de traitement, d'une salle de repos et d'un laboratoire. Pour le détail de l'installation on pourra se reporter, entre autres documents, au rapport du D^r QUEYRAT à la Ligue Nationale contre le Péril vénérien.

Mais ici, comme pour le dispensaire antituber-

culeux, une question se pose et deux doctrines sont en présence : le dispensaire sera-t-il ouvert à tous ou réservé aux indigents ? Pour le dispensaire antituberculeux nos préférences vont, on l'a vu, à la première formule. La question se pose différemment pour le dispensaire antivénérien. Les armes prophylactiques des dispensaires antituberculeux sont le diagnostic précoce, l'éducation des malades et de leurs familles, à domicile, par l'infirmière visiteuse, la désinfection de son linge et dans quelques cas la distribution de bons et d'aliments et de médicaments. Riches ou pauvres doivent pouvoir profiter des ressources du diagnostic du dispensaire, de son action éducatrice, de ses services de désinfection. Dans la lutte antivénérienne, la prophylaxie dispose, en outre du diagnostic précoce, d'une arme particulièrement efficace : le traitement. Le dispensaire antivénérien, centre de diagnostic précoce et de traitement régulier, ne peut donc pas ouvrir ses portes à tous sans heurter fortement les intérêts professionnels du corps médical sans la collaboration duquel tout dispensaire, quel qu'il soit, semble voué à un rendement réduit, sinon à un échec complet. On peut donc concevoir que le dispensaire antivénérien soit un centre de diagnostic et de traitement seulement pour les malades indigents ; pour les autres, il n'interviendrait que comme centre de diagnostic sur la demande de leur médecin. Telle est la conception de la Ligue contre le Péril vénérien et de son vice-président, le D^r QUEYRAT. Il ne faut pas se dissimuler cependant

que cette conception restrictive, si elle est appliquée dans toute sa rigueur, diminue singulièrement le champ d'action du dispensaire, car elle élimine de son influence tous les milieux ouvriers où la syphilis fait tant de ravages et qu'on peut difficilement, à l'heure actuelle, considérer comme dépourvus de ressources.

CHAPITRE VIII

LE DISPENSAIRE ANTICANCÉREUX

CENTRE RÉGIONAL

DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER

« Alors que jusqu'à ces dernières années la lutte
« contre la tuberculose et la syphilis était acti-
« vement menée, rien ou presque rien n'avait été
« tenté en France contre le cancer. Mais, on peut
« le dire avec fierté, le temps perdu a été bientôt
« regagné et nous avons rejoint et même dépassé
« les pays d'Europe et d'Amérique par qui nous
« avons été devancés » (ROUSSY).

La morbidité et la mortalité par cancer sont en augmentation en France et même en faisant la part des néoplasmes mieux reconnus et mieux diagnostiqués qu'autrefois, il n'en résulte pas moins que le cancer constitue une cause importante de la mortalité française.

L'action médico-sociale anticancéreuse s'impose d'autant plus que, contrairement aux dogmes antérieurs, le cancer est une affection évitable, au moins dans ses causes prédisposantes, non héréditaire et parfaitement curable.

Mais ici, comme pour la tuberculose, la curabilité est soumise à une condition essentielle : le diagnostic précoce, alors que la zone lésée est encore suffisamment circonscrite pour subir l'action stérilisante des rayonnements et pour permettre l'excision complète par le bistouri.

Le dispensaire anticancéreux — centre régional de lutte anticancéreuse — sera donc, avant tout, comme le dispensaire antituberculeux un centre de dépistage précoce et aussi un centre de propagande destiné à instruire les médecins et à faire l'éducation du public par l'affiche et la conférence.

Les ligues anticancéreuses éditent des affiches éducatrices attirant l'attention du public sur les dangers des indurations indolores des seins, des ulcérations persistantes de la langue et des lèvres, des petites tumeurs ulcérées et des érosions chroniques et récidivantes de la face, des vomissements rebelles et des constipations opiniâtres, des amaigrissements persistants, des pertes sanguines anormales.

Comme les autres dispensaires, le centre anticancéreux n'exercera d'action thérapeutique que sur les malades indigents et devra pour cela être annexé à un gros centre hospitalier offrant des ressources chirurgicales importantes en même temps que des installations de radiothérapie et de curiéthérapie. Pour son action de diagnostic, il nécessite d'ailleurs un laboratoire spécial dans lequel pourront être réalisés avec compétence des biopsies et des examens microscopiques de coupes. Il est de

plus un centre de recherche et d'instruction pour les médecins.

On ne peut donc pas songer à multiplier indéfiniment cette catégorie de dispensaires ; il est nécessaire de grouper les efforts et de ne pas disperser les ressources : les centres régionaux paraissent répondre à tous les besoins ayant à leur portée les ressources hospitalières et chirurgicales comme les installations de laboratoires mises à leur disposition par les Facultés et les grandes Ecoles de Médecine auprès desquelles ils sont installés.

CHAPITRE IX

LE DISPENSAIRE INTÉGRAL D'HYGIÈNE SOCIALE

On peut reprocher à la spécialisation des dispensaires de supposer résolu, par le malade lui-même, le problème du diagnostic : pour qu'un individu aille frapper à la porte du dispensaire antituberculeux il faut qu'il se sache atteint de symptômes faisant penser à la tuberculose ; un sujet atteint de syphilis doit avoir fait lui-même son diagnostic pour songer à consulter le médecin du dispensaire antivénérien. De plus, la spécialisation d'un local au diagnostic et au traitement de la tuberculose, de la syphilis ou du cancer marque publiquement les malades qui y pénètrent : cela est sans importance dans une grande ville ; il n'en est pas ainsi dans les petits centres où tout le monde se connaît, où les allées et venues des habitants ne peuvent pas longtemps passer inaperçues : un citoyen qui ira régulièrement au dispensaire antisiphilitique sera vite repéré et classé dans sa ville ou son village. Et cela ne va pas sans inconvénients sérieux sur lesquels il est inutile d'insister longuement.

De là est née l'idée du groupement dans un même

bâtiment de tous les services de prophylaxie sociale avec une entrée commune, de telle sorte qu'en pénétrant dans le local le malade n'indique pas son diagnostic au passant de la rue et aux regards indiscrets des voisins. Cette conception, préconisée par le professeur agrégé GOUGEROT, a été développée spécialement au Congrès interallié d'Hygiène sociale de 1919 par le D^r SICARD DE PLAULOLES, qui demande la création **d'offices prophylactiques ou Dispensaires intégraux d'Hygiène sociale** comprenant un service de consultations générales, service de triage orientant les malades après examen sur les dispensaires spécialisés qui peuvent être les suivants :

Un service de la tuberculose ;

Un service des maladies cutanées et vénériennes ;

Un service anticancéreux ;

Un service d'obstétrique, maternité et puériculture (consultations prénatales, obstétricales, consultations de nourrissons) ;

Un service d'immunisation et de vaccination ;

Un service de désinfection.

Cette organisation répond évidemment à des préoccupations de grande valeur et elle dépasse même la question des dispensaires et de la médecine préventive. On peut dire qu'elle intéresse tous les aspects de la médecine dont la complexité croissante et les moyens d'investigation et de traitement, de plus en plus perfectionnés, nécessitent autour du praticien de médecine générale la collaboration de

multiples spécialistes sans lesquels le médecin isolé, réduit à ses seules ressources personnelles, ne peut plus répondre aux besoins actuels de son art. Le dispensaire intégral ou **polydispensaire** est à la médecine préventive ce que la polyclinique est à la médecine curative.

Mais il est bien évident que le type et l'ampleur de ces offices prophylactiques doivent varier suivant les localités et les circonstances. Pour les raisons que nous avons indiquées au chapitre précédent, il est inutile et d'ailleurs impossible de doter chaque office d'un service anticancéreux. De même il sera utile, dans certaines régions, d'y ajouter un service de paludisme, alors que dans la majorité des localités françaises ce service ne paraît pas répondre à une nécessité générale : dans la plupart des cas, un frottis de sang prélevé par le service de médecine générale et envoyé au laboratoire voisin sera suffisant, la prophylaxie du paludisme nécessitant des mesures générales qui sont du ressort des bureaux d'hygiène plus que de celui des dispensaires.

Pour nous, à côté des motifs énoncés plus haut qui militent en faveur du dispensaire intégral, nous voyons à cette organisation un avantage considérable pour la défense nationale contre les maladies sociales : elle facilite et rend inévitable la liaison des différents éléments qui entrent dans sa composition, liaison des armes indispensable dans le combat pour l'amélioration de la santé nationale. On conçoit combien il est précieux pour un service de consultations prénatales ou de nourrissons d'avoir

à sa portée le dispensaire antisyphilitique ou anti-tuberculeux, combien les services de puériculture bénéficieront du voisinage du dispensaire anti-tuberculeux et réciproquement, etc... De même, le médecin scolaire trouvera à l'office prophylactique tous les moyens de préciser ses diagnostics pour les écoliers dont la santé est placée sous sa sauvegarde ; ainsi se trouvera facilitée la liaison non seulement entre les différents dispensaires mais entre ceux-ci et le médecin des écoles.

CHAPITRE X

FORMATION ET RECRUTEMENT DES MÉDECINS DE DISPENSAIRES

Dans une étude sur les dispensaires ruraux et de petites villes, parue dans le *Mouvement Sanitaire* du 30 avril 1926, le D^r MALLARD s'exprime ainsi : « S'il est excellent de créer des dispensaires, encore faut-il qu'ils le soient dans des conditions essentielles avec à leur tête « the right man » et il ajoute : « Il faut reconnaître que le rôle social primordial qui échoit aux médecins de dispensaires ne peut malheureusement passer très souvent qu'au second plan de leur vie médicale matériellement si dure. De plus, leur désignation par des associations privées, comités départementaux et locaux, sans autre investiture, ne leur a pas toujours donné une autorité suffisante auprès du public, auprès de leurs confrères et auprès des municipalités. Leur pouvoir d'action en est diminué d'autant. »

En d'autres termes, ce que nous écrivions à propos du médecin scolaire est vrai du médecin de dispensaire : l'action du dispensaire vaudra surtout ce que vaudra le médecin chargé de la réaliser.

La conclusion en est d'abord — du moins en ce qui concerne le dispensaire antituberculeux — qu'il faut que le médecin qui est à sa tête soit désigné après une préparation soignée à la suite d'un concours ou d'un examen sérieux passé devant un jury de médecins spécialistes des questions de phtisiologie et d'hygiène, en dehors de toute autre préoccupation. De plus, il serait préférable qu'il ne fit pas de clientèle. Ainsi il présentera des garanties de compétence et d'autre part il n'apparaîtra pas aux autres praticiens comme un concurrent favorisé par les ressources que le dispensaire lui offre. Placé en dehors des soucis de clientèle il fera du dispensaire vraiment la maison du médecin, où celui-ci pourra sans appréhension envoyer ses clients, faire confirmer leurs diagnostics et se placer, eux et leurs familles, sous la surveillance hygiénique de la visiteuse. Ainsi le praticien deviendra le collaborateur et le pourvoyeur du dispensaire.

Pour les centres régionaux de lutte anticancéreuse, il ne peut être évidemment question de pareilles conditions. Ces centres, qui ne doivent ni ne peuvent être aussi nombreux que les dispensaires antituberculeux, sont aussi des centres d'études et de traitement, nécessitant des laboratoires, des installations chirurgicales et curiéthérapiques, ayant à leur tête des spécialistes qu'on ne trouve guère que dans les gros centres médicaux à proximité des Ecoles ou des Facultés de Médecine. Les chefs de ces organisations sont nécessairement les Maîtres de ces centres et il ne peut être question ici d'examens

spéciaux pas plus qu'on ne peut songer à interdire la clientèle à ces chefs de centre et à leurs collaborateurs. Le centre régional de lutte anticancéreuse est, en réalité, un centre de consultations qui ne peut être envisagé comme une concurrence par les praticiens de la région.

Quant aux dispensaires antivénériens, la question nous semble plus complexe. Les avantages pour ces dispensaires d'être confiés à des médecins ne faisant pas de clientèle nous paraissent rester les mêmes que pour le dispensaire antituberculeux et en raison de l'intervention de la thérapeutique comme élément de prophylaxie, les inconvénients du médecin de dispensaire faisant de la clientèle sont encore plus grands que lorsqu'il s'agit de tuberculose. Cependant il ne semble pas que les consultations d'un dispensaire antivénérien, quelle que soit l'étendue de son rayon, puissent absorber l'activité d'un homme et permettent de lui assurer des émoluments suffisants pour lui éviter toute préoccupation de clientèle, en attirant, d'autre part, dans ces postes des médecins sérieux présentant de solides garanties de compétence. La nomination à la suite d'un concours ou d'un examen sérieux obvie d'ailleurs à l'inconvénient de la clientèle : si le poste de médecin de dispensaire procure à son titulaire des avantages dont il peut bénéficier dans sa clientèle, il les aura acquis par le jugement de ses pairs et de ses maîtres ; personne ne peut les lui reprocher, le concours ou l'examen étant ouvert à tous ceux qui peuvent désirer les avantages comme les charges

de l'emploi. Les praticiens de la ville ou de la région ne peuvent pas regarder le médecin ainsi désigné d'un plus mauvais œil que celui dont ils considèrent — toutes proportions gardées — les avantages de clientèle dont peut bénéficier le médecin qui par son intelligence et par son travail consacrés par un concours s'est acquis une situation d'agrégé, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux.

En conséquence qu'il s'agisse de dispensaire antituberculeux ou de dispensaire antivénérien, quel que soit son type d'organisation, public ou privé, quelle que soit l'autorité chargée de sa gestion, Pouvoirs publics, comités privés, départementaux ou locaux, il faut que le dispensaire soit confié à un médecin nommé au concours devant un jury médical qu'on peut concevoir comme suit :

Deux professeurs de Faculté, dont un professeur d'hygiène et un spécialiste de la tuberculose ou des maladies vénériennes ;

Deux inspecteurs départementaux d'hygiène et un médecin de dispensaire d'un département autre que celui du dispensaire intéressé.

En aucun cas la désignation ne devra être le résultat de relations ou de convenances personnelles. Ainsi seulement le médecin de dispensaire sera *the right man* et possèdera l'autorité suffisante pour s'imposer à tous pour le plus grand bénéfice du dispensaire et de la santé nationale.

TITRE III

LE MÉDECIN D'ARMÉE

CHAPITRE XI

A. LE DISPENSAIRE A COMPÉTENCE ÉTENDUE. —

Toute la population mâle de France subit, à la vingtième année, l'épreuve du filtre d'abord grossier du conseil de revision, puis aux mailles plus serrées de l'incorporation et enfin l'épreuve plus démonstrative de la vie collective au régiment. Aucune circonstance n'est plus favorable au dépistage des tares encore latentes et susceptibles de se développer, des infections incipientes en instance d'évolution. D'autre part, nul milieu n'est plus apte à placer le jeune homme dans les conditions biologiques nécessaires à son développement ; en fait, la plupart des jeunes gens bénéficient physiquement de la vie militaire et la quittent plus robustes, plus tonifiés, les épaules plus larges et la capacité respiratoire accrue. Il ne faut pas se dissimuler cependant que ce triage du sujet inapte à bénéficier de cette épreuve de la vie militaire, et au contraire suscep-

tible d'y voir ses tares latentes s'activer, est une œuvre difficile et délicate qui nécessite un sens clinique aiguisé, un esprit averti de toutes les ressources du diagnostic médical, une surveillance et une observation continues, prêtes à voir et à éteindre dès sa première lueur l'étincelle capable d'allumer l'incendie dévastateur de l'organisme humain. En qualifiant la visite régimentaire de « dispensaire à compétence étendue », le médecin principal JULLIEN a résumé toute la portée sociale de la médecine d'armée et précisé son rôle primordial dans la défense nationale contre les maladies sociales.

Par les conditions hâtives et souvent tumultueuses dans lesquelles il est réalisé, le conseil de revision ne peut être qu'un filtre très grossier, un dégrossisseur rudimentaire, susceptible seulement d'écarter de l'armée des sujets dont l'infirmité est notoire aux yeux les moins avertis des choses médicales. Il est parfaitement incapable d'affirmer l'aptitude au service militaire, même d'un sujet ayant toutes les apparences de la santé et de la vigueur. Et cette incapacité du conseil de revision persistera quelles que soient les améliorations qu'on puisse concevoir dans son organisation, quels que soient le nombre et la longueur des examens, quels que soient les titres et la compétence des experts. Car, de cet unique examen, si entouré de garanties qu'il puisse être, ne pourra jamais résulter qu'une appréciation sur la **valeur statique** du sujet. Ce qui importe, au contraire, c'est la connaissance

de sa **valeur dynamique**, c'est-à-dire de sa capacité d'adaptation à l'effort que la vie collective à la caserne va exiger de lui dans un milieu nouveau.

Cette distinction, mise en évidence par M. JULLIEN dès 1914, est de la plus haute importance, non seulement du point de vue de l'aptitude au service militaire mais encore du point de vue plus général de la protection de la santé publique. Elle montre aussi que le vice rédhibitoire du conseil de revision est encore celui de la visite d'incorporation, si minutieuse soit-elle, lorsqu'elle se réduit à un seul examen au moment de l'arrivée, même si cet examen est pratiqué à grands renforts de spécialistes et de laboratoires. L'incorporation, c'est à proprement parler « **l'étude des réactions des individus placés brusquement dans un milieu collectif nouveau pour eux et soumis à un rythme uniforme de travail succédant aux rythmes individuels auxquels chacun d'eux était jusqu'alors adapté** » (JULLIEN). Elle ne peut donc être l'œuvre ni d'un seul jour, ni d'un seul examen ; elle ne peut être que le résultat d'une observation poursuivie pendant plusieurs semaines, qu'une série de bilans comparatifs se traduisant par un bénéfice ou un déficit, les sujets déficitaires devant être éliminés avant que leur faillite constatée puisse être mise au compte de l'armée et de l'Etat.

Dès l'arrivée du jeune soldat, le médecin d'armée fait donc œuvre de dépistage et doit disposer dans ce but de toutes les ressources mises par la

clinique et la science à la disposition de l'art médical. En fait, l'incorporation permet de mettre en évidence une série de tares et d'infections inactives et latentes, une série d'états morbides plus ou moins frustes dont le porteur et son entourage ne se doutaient même pas et qui par ce dépistage précoce peuvent être arrêtés dans leur évolution ultérieure. Et ce résultat sera d'autant plus sûrement atteint et d'autant plus riche en conséquences que le médecin d'armée aura plus conscience de la mission qui lui est dévolue :

Dans cet acte important du diagnostic de l'inaptitude avérée ou latente au service militaire, il doit voir plus haut que le point de vue déjà fort important de l'armée elle-même. Il doit envisager la répercussion de son examen, de son diagnostic, de sa décision sur la santé publique en général et se considérer dans ce rôle de dépistage comme un agent de la protection nationale contre les maladies évitables avec toutes les obligations et les responsabilités que lui impose cette tâche difficile et de premier plan.

En étudiant le médecin scolaire, nous avons insisté sur ce fait qu'il ne devait pas se contenter de diagnostics superficiels et approximatifs comme courbature fébrile, fièvre de croissance, etc... (page 21). De même, le médecin d'armée, au moment de la visite d'incorporation, doit s'efforcer de préciser ses diagnostics. Certes, il existe des sujets de vingt ans dont le développement insuf-

fisant n'est conditionné par aucune lésion organique décelable ; ce sont des jeunes gens dont l'enfance a souffert d'erreurs alimentaires et de troubles intestinaux dont la répercussion a retenti sur leur développement général ; d'autres ont été gênés dans leur développement thoracique par une atrésie ou une obstruction de leurs premières voies respiratoires. Pour d'autres, il y a à l'origine une imprégnation toxinique le plus souvent liée à un foyer inactif et indécidable de bacilles tuberculeux ; souvent encore, il s'agit de dystrophies conceptionnelles ou d'intoxications d'origine placentaire ayant leur cause dans la syphilis des ascendants ou dans la tuberculose des parents indépendamment de toute contamination directe. Mais, pour ces faibles de constitution, il est nécessaire de chercher dans une lésion organique, le plus souvent de siège pulmonaire et de nature tuberculeuse, la cause de leur faiblesse et de ne lui reconnaître une origine *sine materiæ* qu'après avoir épuisé toutes les investigations susceptibles de préciser une base anatomo-pathologique plus certaine.

Du point de vue de la tuberculose, nous avons pu relever dans les dossiers de l'Hôpital Villemanzy une série de cas dont l'histoire clinique se schématise de la façon suivante :

Ajournés une ou deux fois par le conseil de revision pour faiblesse et pris ensuite « bons » sans qu'on sache d'ailleurs bien les causes de ce changement de décision, ils présentent au bout de quelques semaines ou de quelques mois de service

une évolution tuberculeuse et l'examen radiologique pratiqué alors révèle à côté de lésions d'évolution récente la présence de vieux foyers d'aspect le plus souvent crétaé, à localisation quelquefois hilare qui étaient certainement à l'origine de la faiblesse constatée aux expertises précédentes et qu'une observation moins rapide et moins superficielle aurait permis de déceler au premier examen. Le plus typique de ces dossiers concerne un soldat ajourné deux fois pour faiblesse, pris « bon » la troisième année et porteur d'une caverne à parois sclérosées de la base droite, révélée par la radio **après six mois de service effectivement accomplis sans indisponibilité** : volontaire pour le Maroc, le malade fut hospitalisé à l'arrivée à Casablanca à la suite de malaises survenus pendant la traversée et c'est alors que la caverne fut mise en évidence par la radioscopie en même temps que l'examen bactériologique des crachats montrait la présence de bacilles de Koch. Dans un article de la *Presse médicale*, du 30 septembre 1925, le médecin principal JULLIEN a d'ailleurs signalé les éléments qui peuvent indiquer au médecin lors de l'incorporation les chances du jeune soldat pour ou contre une évolution tuberculeuse ultérieure.

La conclusion en est que dans nombre de cas un examen attentif clinique, radioscopique et bactériologique permet de déceler la lésion minime — pulmonaire, pleurale ou hilare — qui même d'aspect cicatriciel est toujours susceptible de réactivation chez un sujet de vingt ans. Mais, dans bien

des circonstances, ce n'est qu'à l'essai qu'on peut voir si tel sujet aux apparences souvent florides est capable de s'adapter sans dommages à la vie réglementaire, par des examens périodiques avec comparaison des constatations faites à chacun d'eux et exprimées en notations précises (taille, poids, périmètre thoracique, capacité respiratoire, tachycardie d'efforts, etc...), sans attendre l'apparition de symptômes somatiques révélateurs de lésions anatomiquement organisées. Un sujet est classé définitivement apte au service militaire sur le vu de ses apparences et d'après le résultat d'un seul examen clinique : au bout de quelques mois, à propos d'un incident morbide quelconque qui l'amène devant le médecin, on le trouve porteur de lésions évolutives qui font de lui une non-valeur sociale, une charge pour la collectivité et une source nouvelle de contagion. Certes, l'armée n'a pas créé cette tuberculose révélatrice d'une primo-infection remontant à l'enfance ou à l'adolescence : il n'est pas utile de revenir ici sur les éloquentes démonstrations de KELSCH, confirmées depuis par toutes les observations cliniques. L'armée a seulement été l'occasion de ce réveil par l'effort d'adaptation à la vie collective et à un travail — souvent moindre que celui antérieurement fourni par le jeune soldat — mais de rythme uniforme plus pénible pour certains sujets que le rythme individuel auquel ils étaient jusqu'alors adaptés. Il appartient au médecin d'armée de saisir cette déficience au moment où elle s'ébauche et de placer le sujet en dehors des condi-

tions favorables à une évolution ultérieure caractérisée. Là est son rôle dans la société moderne : sa situation lui confère un poste de premier plan et une lourde responsabilité dans la défense de la nation contre les maladies sociales et contre la tuberculose en particulier.

Mais pour mener à bien cette tâche, il lui manque dans l'état actuel des choses des renseignements précis sur les antécédents personnels, collatéraux et héréditaires des jeunes soldats, sur leur *curriculum vitæ* antérieur, sur le milieu dans lequel ils ont vécu, les conditions dans lesquelles se sont écoulées leur enfance et leur adolescence, les contagions plus ou moins directs auxquels ils ont été exposés. Le médecin d'armée ne possède que ceux que peuvent ou veulent bien lui fournir les intéressés. La conclusion de l'incorporation — si on la veut le plus possible à l'abri des erreurs — ne peut être que le résultat des observations faites au cours des premières semaines de l'entraînement à la vie militaire, corroborées par la connaissance précise des antécédents de l'homme. L'observation sanitaire de l'enfant et de l'adolescent à l'âge scolaire et au cours de sa vie post-scolaire, les renseignements éventuels fournis par le dispensaire sont les bases du livret médical du soldat. Sans liaison avec les autres armes indispensables de la santé nationale, le médecin d'armée, quels que soient son zèle et sa compétence, ne peut faire qu'une œuvre dont les résultats sont en grande partie livrés au hasard.

Cette préoccupation continue de dépistage et cette

conscience de la portée nationale de son rôle, qui doivent dominer l'esprit du médecin d'armée au cours de ses examens d'incorporation, doivent aussi s'imposer à lui **au cours de ses visites médicales quotidiennes et périodiques**, tant que dure la présence du soldat sous les drapeaux. Rechercher la maladie naissante, les cas frustes, et spécialement les signes manifestant la glissade vers la tuberculose, tels doivent être les fils conducteurs de ses examens médicaux. Centre de dépistage et de triage, assurant le traitement précoce et l'élimination préventive, en un mot « **dispensaire à compétence étendue** », ainsi se marque la place de la médecine d'armée dans la médecine sociale en même temps que la nécessité pour elle d'être en liaison avec les autres éléments de cette défense nationale.

B. LE RÔLE ÉDUCATEUR DU MÉDECIN D'ARMÉE. —

On a déjà beaucoup écrit sur le rôle du médecin d'armée comme éducateur hygiénique des contingents. Conférences antialcooliques, antivénériennes ont figuré et figurent encore au programme de la caserne après l'incorporation et avant la libération. Il est toujours bon de rappeler sur ces sujets l'attention des jeunes gens au moment où ils viennent au régiment et y sont exposés aux tentations et aux sollicitations des abords de la caserne. Au moment où ils quittent l'armée, il est sage d'attirer à nouveau l'attention de ces jeunes gens sur les périls de l'alcool et de la vie sexuelle et sur les répercussions

terribles que ces dangers peuvent avoir sur leur avenir au moment où ils atteignent l'âge de fonder une famille.

Cette propagande hygiénique peut avoir pour beaucoup des conséquences heureuses ; en tout cas, l'action de la parole frappe davantage les esprits que des tracts distribués aux conseils de revision ou incartés dans les livrets individuels, lus distraitemment, perdus aussitôt reçus et dont les jeunes gens ne conservent généralement aucun souvenir.

De plus, ce ne serait pas un vain effort que d'apprendre à ces jeunes gens ce que c'est que la tuberculose, que de les renseigner sur sa fréquence, sa nature, ses modes de contagion et de développement, les moyens directs et indirects susceptibles d'enrayer sa marche progressive. •

Il ne semble cependant pas possible de fonder de grandes espérances sur les bienfaits de ces causeries faites à des auditeurs de niveau intellectuel très mêlé, généralement assoupis dans une fatigue physique peu propice à une attention soutenue.

Le médecin d'armée remplira ce rôle éducateur plus par l'action que par la conférence. Veiller à la propreté des hommes, exiger d'eux et obtenir de leurs chefs la présence de tous à des douches plus fréquentes, surveiller l'aération continue des chambres, habituer les soldats à la pratique de la fenêtre ouverte, expliquer aux hommes et aux gradés subalternes, au cours de ses visites dans les locaux, l'intérêt sanitaire de ces pratiques : telles seront les directives de son action éducatrice. C'est par l'acte

quotidien que la pratique de la propreté, de l'hygiène et de la prophylaxie deviendront pour les soldats une habitude qu'ils emporteront chez eux en quittant le régiment. La caserne fera l'éducation hygiénique de la nation par les procédés de l'hygiène par l'exemple. C'est, à notre avis, vers ce but que doivent tendre les efforts du médecin d'armée.

TITRE IV

LA LIAISON DES ARMES

CHAPITRE XII

A. LES ÉLÉMENTS DE LA LIAISON. — *Le carnet sanitaire de l'écolier.* — Les remarques recueillies et les observations faites par le médecin scolaire pendant le séjour de l'enfant à l'établissement d'instruction doivent être notées sur une fiche ou un carnet qui résume toute l'évolution physiologique de l'enfant et son histoire pathologique, avec indication de ses antécédents héréditaires et collatéraux, et de tous les contagés auxquels il a été soumis dans son milieu familial et au cours de son existence scolaire.

Ce carnet doit être d'un maniement facile, d'épaisseur assez réduite pour ne pas encombrer exagérément les archives, et d'autre part, d'une texture permettant de noter sur une ou deux pages l'état de l'enfant et ses antécédents à son entrée à l'école et sur une ou deux lignes les résultats de chacun des examens périodiques ou éventuels

(taille, poids, périmètre thoracique) avec indication des incidents morbides qui ont pu se produire chez l'écolier ou dans son entourage depuis la dernière visite. Un folio spécial recevra les résultats des examens pratiqués par les différents spécialistes, ainsi que les indications fournies par le dispensaire auquel la famille d'un enfant suspect de tuberculose aura été signalée.

En principe, le carnet sanitaire doit être unique pour un enfant pendant toute sa scolarité et le suivre dans tous ses déplacements. Quand un élève provenant d'une autre école arrivera dans un établissement d'instruction, il appartiendra au directeur de celui-ci de réclamer son carnet sanitaire au directeur de l'école précédente.

Les fiches des dispensaires. — Tous les renseignements recueillis par les dispensaires antituberculeux sont rassemblés sur des fiches multiples qui constituent pour chaque malade, pour chaque famille, pour chaque maison un dossier très complet. Les fac-similés de ces fiches ont été maintes fois reproduits dans des publications antérieures et nous n'avons pas à insister sur ce sujet.

Pour les autres dispensaires, les renseignements sur le malade, l'évolution de l'affection, le traitement et ses résultats seront pris par le médecin dans son cabinet de consultation et conservés par lui comme dans tout cabinet médical, qu'il s'agisse de clientèle privée, de consultation hospitalière, etc... Le secret médical sera observé ici comme là.

Le livret médical du soldat. — Chaque soldat a son livret médical d'un caractère strictement confidentiel, établi par le médecin-chef de service du corps. Il est destiné, entre autres, à enregistrer l'histoire médicale du soldat avant son arrivée au corps, à noter son état lors des opérations médicales de l'incorporation, à relater toutes les blessures, maladies ou accidents survenus au cours du service, à enregistrer tous les changements dans la situation militaire pouvant se produire pendant sa présence sous les drapeaux. A chaque mutation il est transmis de médecin-chef à médecin-chef sous une enveloppe cachetée portant la mention : **confidentiel**. D'un format de 17 centimètres sur 11 centimètres, d'une épaisseur de 2 millimètres, il comporte 6 pages pour les antécédents héréditaires ou personnels et les constatations faites au moment de l'incorporation et 6 pages pour les vaccinations, la courbe de poids, les séjours à l'infirmierie et à l'hôpital, etc., les résultats des examens de spécialistes.

B. LA RÉALISATION DE LA LIAISON. — Tous ces renseignements épars, recueillis par les médecins scolaires, les médecins de dispensaires ou d'armée, si précis et si minutieux qu'ils puissent être, ne prendront leur véritable valeur que le jour où l'organisation de l'hygiène publique permettra de les utiliser, en les collationnant et en les confrontant, le jour où le médecin scolaire n'ignorera pas le médecin du dispensaire et sera connu de lui, le jour où le médecin d'armée pourra connaître les rensei-

gnements recueillis par les deux autres sur le passé et les antécédents des jeunes gens dont la santé est placée sous sa surveillance et sa responsabilité. La liaison est indispensable des différents éléments de cette défense nationale, de cette protection sanitaire du pays contre les maux qui le déciment. Sans elle, l'efficacité des différentes armes sera réduite ou nulle.

Prenons un cas concret. Le médecin d'armée doit décider de l'aptitude d'un jeune homme au service militaire, c'est-à-dire de sa faculté d'adaptation à un travail inhabituel dans un milieu collectif nouveau pour lui ; il n'a, pour prendre sa décision, que les résultats de son examen actuel et ne possède sur l'histoire sanitaire du jeune homme que les renseignements souvent nuls que celui-ci peut ou veut bien lui donner. La confection d'un dossier médical est laissée à l'initiative de l'intéressé et ses dossiers sont d'ailleurs l'infime minorité.

Dans ces conditions, il est inévitable que la décision du médecin soit souvent entachée d'erreur et un esprit médical ne peut pas s'étonner des fissures nombreuses et béantes qui faussent ainsi le fonctionnement du filtre de l'incorporation, sans parler du conseil de revision pour lequel, nous l'avons vu, toute amélioration sérieuse semble illusoire.

La situation serait tout à fait changée si le médecin d'armée était en possession, pour chaque jeune soldat soumis à son expertise, d'un dossier relatant l'observation clinique de sa vie scolaire avec l'indication de ses antécédents familiaux et des contagions auxquels il a pu être soumis.

Pour la majorité des jeunes gens, ces renseignements s'arrêteraient à la treizième année, date où la plupart auront quitté l'école ; mais c'est pendant cette période que se dessine le plus souvent l'avenir sanitaire des individus ; c'est celle au cours de laquelle se sont produites la plupart des contagions tuberculeuses qui évolueront plus tard ; c'est aussi la période la plus confuse, la plus obscure dans la mémoire du soldat. Les souvenirs de son adolescence sont plus précis et les atteintes morbides qu'il a pu avoir alors ont laissé des traces plus fraîches dans son esprit comme dans ses organes.

Comment arriver à cette liaison ? L'idée du livret sanitaire familial, remis aux époux en même temps que leur livret de famille, est certes intéressante pour encourager les parents à noter les incidents morbides qui ont marqué la vie de leurs enfants et à se constituer ainsi une sorte de memento utile à consulter au cas d'une maladie nouvelle ou au moment de prendre une décision engageant l'avenir. Mais cette solution ne résout pas le problème qui se pose devant nous : elle laisse à l'initiative des familles, la production des renseignements les concernant.

Il est donc nécessaire de trouver une solution qui ne laisse pas cette communication à la bonne volonté des intéressés mais qui, **en même temps, ne viole pas la règle sacrée du secret médical.**

La première condition à remplir est la liaison du médecin d'école et du médecin de dispensaire anti-tuberculeux. Cette collaboration doit être constante.

Le médecin scolaire doit signaler au dispensaire les enfants qui présentent des symptômes d'imprégnation tuberculeuse, ou des signes de tuberculose active ou inactive, à localisation ganglio-pulmonaire ou extrapulmonaire. Il appartiendra au dispensaire de diriger sa visiteuse sur le logis de la famille en cause, d'y rechercher les sources de la contagion, d'y parer par ses procédés habituels et de renseigner à son tour le médecin scolaire sur les résultats de son enquête : ces résultats figureront sur le carnet sanitaire de l'enfant, constituant un renseignement de première importance sur ses hérédités et ses contagions familiales. De même, le médecin de dispensaire signalera aux médecins scolaires intéressés les familles inscrites au dispensaire et ayant des enfants dans les différentes écoles.

Cette liaison entre le médecin scolaire et les dispensaires est réalisée dans les écoles municipales de Lyon par le moyen du dispensaire médico-pédagogique placé sous la direction du D^r GARDÈRE, médecin des hôpitaux ; elle a été étudiée dans la thèse de M^{lle} CHEVASSUS (Lyon, 1925) à laquelle on voudra bien se reporter.

En prenant contact avec les familles à propos de la santé des enfants, le médecin d'école pourra remonter vers des tares héréditaires et d'autres influences néfastes ; c'est lui qui pourra alors diriger des parents sur le dispensaire antituberculeux ou antisypilitique et y faire soigner des enfants héréditairement tarés ; il pourra noter l'alcoolisme du père ou de la mère et essayer de l'enrayer ; il arrivera

aussi à se documenter sur les erreurs alimentaires et les incidents morbides qui ont pu marquer la première enfance de l'écolier avant son entrée à l'école maternelle.

Ainsi, le carnet sanitaire de l'enfant deviendra une véritable observation médicale résumée du plus grand intérêt quand il s'agira plus tard de fixer les aptitudes de l'enfant et de pronostiquer son avenir.

Mais que deviennent les livrets sanitaires des écoliers là où ils sont régulièrement tenus ? Quand l'élève a quitté l'école ils sont conservés dans des archives où personne ne les consulte plus et, au bout d'un certain temps, ils sont détruits pour laisser la place à d'autres plus récents. Ainsi se perd dans la poussière des cartons verts un effort dont la portée ne dépasse pas la vie scolaire de l'enfant.

Il semble qu'on peut faire mieux.

La solution qui consisterait à remettre aux familles quand l'enfant quitte définitivement l'école son livret sanitaire, présente les mêmes inconvénients, comme aussi les mêmes avantages que l'institution du livret sanitaire familial et pas plus que lui, du point de vue qui nous occupe, il ne résout la question.

Le médecin inspecteur d'hygiène. — Mais la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique a prévu la possibilité d'un fonctionnaire départemental, l'inspecteur départemental d'hygiène, à qui malheureusement elle n'a pas donné la situation, les droits et les devoirs nécessaires pour

rendre effectivement les services qu'on doit attendre de sa fonction. Il n'est pas dans notre plan de faire après tant d'autres la critique de cette loi. Il est bien entendu que l'inspecteur d'hygiène doit être nécessairement un médecin, qu'il doit être un fonctionnaire d'Etat obligatoire dans chaque département. **C'est lui qui aura sous son contrôle et sa direction tous les organismes départementaux de la défense nationale contre les maladies infectieuses et contre les maladies sociales ; vers lui doivent en fin de compte converger tous les renseignements recueillis par ces organismes ; il les conservera sous la sauvegarde du secret professionnel ; par lui s'établira cette liaison indispensable sans laquelle tous les efforts se gaspillent sans résultat.**

Nous avons ainsi la réponse à la question que nous nous posions tout à l'heure. Pour donner son plein rendement à l'action du médecin scolaire, tel que nous l'avons conçu, les livrets sanitaires des écoliers doivent, quand les enfants quittent définitivement l'école ou le lycée, **être expédiés par le médecin scolaire à l'inspecteur d'hygiène du département où est né l'enfant sous le couvert du secret médical.** Il est facile de comprendre pourquoi nous adoptons comme destinataire le département du lieu de naissance : un enfant quittant l'école à treize ans, un jeune homme quittant le lycée à dix-huit ou vingt ans ne continuera pas nécessairement sa vie dans le même département ; il sera sujet, au cours de son existence, à

des déplacements nombreux ; en particulier, au moment du service militaire, il sera souvent recruté dans un département autre que celui où il aura fini ses études. Si son carnet sanitaire est conservé dans ce dernier département, on ne pourra en avoir connaissance que par la déclaration de l'intéressé ; sa recherche sera conditionnée par la bonne volonté de celui-ci. Nous retombons ainsi sur le même écueil que pour le livret sanitaire familial. Cet écueil disparaît par l'envoi du carnet sanitaire au département du lieu de naissance. Ce renseignement est toujours connu ; il figure dans tous les actes de la vie privée ou publique de tous les citoyens. C'est, d'autre part, vers le lieu de naissance que convergent et s'inscrivent tous les incidents qui marquent la vie des individus : annotations marginales de mariages et de décès sur les registres de naissances, casier judiciaire au tribunal d'où dépend le lieu de naissance. Vers l'inspecteur départemental d'hygiène convergeront de même obligatoirement les incidents sanitaires qui ont marqué la vie scolaire des enfants ou adolescents. On peut concevoir que, dès la naissance d'un enfant, s'ouvre pour lui au chef-lieu du département un casier sanitaire placé sous la garde du médecin inspecteur d'hygiène. Le médecin d'armée y trouvera tous les renseignements qui lui sont indispensables pour apprécier la valeur physique des jeunes gens et leurs chances d'adaptation à la vie militaire. De même, à la libération du soldat, son livret médical ira rejoindre son carnet sanitaire scolaire dans son casier sanitaire départemental.

En outre, les jeunes gens éliminés de l'armée pour cause de maladie seraient signalés au médecin inspecteur d'hygiène du département où ils se retirent et placés par lui sous la surveillance, le contrôle et la protection du dispensaire ou de l'office prophylactique local.

En face d'une organisation ainsi comprise et placée sous le contrôle et la responsabilité de l'inspecteur d'hygiène, l'objection du secret nécessaire ne semble pas avoir plus de raisons d'être que lorsqu'il s'agit du casier judiciaire d'un citoyen, tous les renseignements du casier sanitaire étant confiés à un médecin lié par le secret médical. En dehors de certains cas bien déterminés, lors de l'incorporation par exemple, les renseignements du casier sanitaire ne pourraient d'ailleurs être communiqués qu'à l'intéressé lui-même sur sa demande ; il appartiendrait aux différentes autorités ou aux particuliers sur le point de se lier avec quelqu'un par des engagements réciproques d'exiger de lui la production d'un extrait de son casier sanitaire comme de son casier judiciaire.

Il est évidemment impossible d'envisager la communication à l'inspecteur départemental d'hygiène des renseignements des dispensaires de quelque nature qu'ils soient. Ce serait faire le vide dans ces établissements dont la fréquentation ne peut être que facultative, en dehors de certains cas particuliers comme les titulaires d'une pension d'invalidité pour tuberculose.

On ne peut songer à transformer toute l'organi-

sation sociale en un vaste bureau d'hygiène et de statistique sanitaire.

Mais réduit aux renseignements du livret sanitaire de l'écolier, avec relation du développement et de l'histoire morbide de l'enfant pendant sa scolarité, même si elle s'arrête à la treizième année, de ses antécédents et des contagés auxquels il a été exposé, complété pour les jeunes hommes par son livret médical de soldat, le casier sanitaire des individus donnera sur leur valeur physique des renseignements plus sûrs et plus complets que ceux fournis sur leur valeur morale par leur casier judiciaire.

En somme et pour nous résumer :

Créer le médecin scolaire et le sélectionner d'après sa valeur technique et ses connaissances professionnelles, amplifier son rôle, faire du carnet sanitaire de l'écolier le témoin de son développement et de son histoire pathologique au cours de sa vie scolaire ;

Développer l'institution des dispensaires et les entourer de tous les moyens qui peuvent rendre leur action efficace ; les confier à des médecins présentant toutes les garanties nécessaires ; créer partout la liaison entre eux et l'école ;

Associer le médecin d'armée à cette organisation prophylactique nationale, lui fournir par le carnet sanitaire de l'écolier le moyen d'apprécier, en connaissance de cause, la valeur physique des jeunes soldats ;

Faire de l'inspecteur départemental d'hygiène,

en outre de ses fonctions actuelles, l'agent de liaison de ces armes de défense nationale, le coordonnateur de tous ces efforts actuellement épars et souvent vains ;

Créer le casier sanitaire des citoyens dont l'importance pour la valeur et la force productrice du pays ne semble pas devoir être trop appréciée.

Telles sont les directives générales auxquelles nous aboutissons à la fin de cette étude et qui peuvent leur servir de conclusions.

CONCLUSIONS

I. — La défense de la nation contre les maladies sociales (tuberculose, maladies vénériennes, cancer, alcoolisme) nécessite entre autres concours celui de trois éléments indispensables : les médecins d'écoles, de dispensaires et d'armée.

II. — Le médecin scolaire doit intervenir dans la lutte antituberculeuse par une surveillance médicale fréquente de tous les élèves et des maîtres ; il doit avoir sous son contrôle et sa direction l'éducation physique de la jeunesse en donnant comme but à cette éducation physique un cœur et des poumons fonctionnant à l'aise dans une cage thoracique largement développée, un tube digestif maintenu normal par une alimentation rationnelle et une paroi musculaire solide.

III. — Le médecin scolaire participera à la lutte contre le péril vénérien en assurant dans les établissements d'instruction l'enseignement antivénérien des jeunes garçons de l'école primaire supérieure et

des classes supérieures de l'enseignement secondaire. Il est désirable que cet enseignement antivénérien pénètre de plus en plus dans les mœurs et s'adresse aussi aux jeunes filles dont la vie moderne a complètement bouleversé les conditions d'existence.

IV. — Le médecin scolaire complètera son œuvre en assurant dans les établissements d'instruction l'enseignement et la pratique de l'hygiène, en collaborant étroitement avec les maîtres de l'enseignement.

V. — Il doit être un fonctionnaire libre de toute clientèle et nommé par un concours ou un examen devant un jury médical et universitaire en dehors de toute autre préoccupation.

VI. — Les dispensaires antituberculeux, antivénériens et anticancéreux doivent être multipliés pour répondre à tous les besoins du territoire national. Ils doivent être groupés en un seul bâtiment avec tous les services locaux d'hygiène en un office prophylactique ou dispensaire intégral (polydispensaire). Les médecins qui sont placés à la tête des dispensaires antituberculeux et antivénériens doivent être nommés après concours ou examen devant un jury médical indépendant de toute préoccupation extra-professionnelle. Les dispensaires anticancéreux, centres régionaux de lutte anticancéreuse, ne peuvent fonctionner qu'avec le concours des médecins ou chirurgiens, des laboratoires et des ressources

hospitalières d'un grand centre médical universitaire ; le recrutement des médecins qui les dirigent ne peut être fait que parmi les Maîtres de ces centres.

VII. — Le médecin d'armée doit être considéré comme un élément de la défense nationale contre les maladies sociales, et son horizon ne doit pas se borner aux seules limites de la caserne et de l'armée. L'examen des soldats à leur arrivée et au cours de leur vie militaire fait de la visite médicale régimentaire un « dispensaire à compétence étendue ». L'action du médecin d'armée se continue en faisant l'éducation du soldat et de ses chefs plus encore par l'hygiène en action que par la conférence et la causerie.

VIII. — L'action des médecins d'écoles, de dispensaires et d'armée ne peut être efficace que si elle est coordonnée par une liaison constante entre eux : le médecin d'école et le médecin de dispensaire doivent être en collaboration permanente ; le médecin d'armée doit pouvoir trouver dans les carnets sanitaires des écoliers les renseignements qui lui sont indispensables pour juger de l'aptitude des jeunes gens au service militaire et suivre les variations de leur santé pendant leur séjour à l'armée.

IX. — L'inspecteur départemental d'hygiène doit être l'agent de liaison des armes de la nation contre les maladies sociales ; il doit pouvoir exercer une action de coordination entre toutes les organisations

départementales d'hygiène et de prophylaxie. Dans chaque département, il est nécessaire de créer sous la garde du médecin inspecteur d'hygiène et avec la garantie du secret médical le casier sanitaire des citoyens nés dans le département homologue de leur casier judiciaire.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

P. COURMONT,

LE DOYEN,

J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 novembre 1926.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

J. LÉPINE.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARMAND-DELILLE, la Morbidité tuberculeuse chez les enfants vivant au contact des parents tuberculeux (*Bull. Méd.*, 1912, n° 60).
2. ARNOULD, Comment faire pénétrer et appliquer l'hygiène à l'école (*Presse Méd.*, 18 septembre 1919).
3. BARBATIS, *Inspection médicale des écoles* (Thèse de Paris, 1915-16, n° 126).
4. BAUDOT, *Dispensaire antituberculeux à Lyon en 1919* (Thèse de Lyon, 1919-20, n° 169).
5. BERNHEIM et PARMENTIER, *les Ecoles de plein air, puissant facteur de prophylaxie et de guérison de la tuberculose* (VIII^e Congrès international de la Tuberculose, Rome, avr. 1912).
6. BERTELOOT, *l'Enseignement de l'Hygiène à l'école primaire* (Thèse de Paris, 1920-21, n° 616).
7. BOURGUIN, *Organisation administrative antivénérienne* (Thèse de Paris, 1922, n° 164).
8. BOUTIN, *Rôle du médecin dans les établissements d'enseignement secondaire* (Thèse de Paris, 1912-13, n° 157).
9. BROUARDEL, *la Lutte contre la Tuberculose*, 1901.
10. CERISIER, *l'Enseignement de l'Hygiène à l'école et à la caserne* (Thèse de Paris, 1909-10, n° 152).
11. CHAILLOU, le Rôle du médecin scolaire dans les internats (*Hyg. scol.*, janv. 1911, n° 33, p. 30).

12. CHAPLAIN, *les Ecoles de plein air* (Thèse de Paris, 1920-21, n° 243).
13. CHEVASSUS (M^{lle}), *Prophylaxie de la Tuberculose pulmonaire chez les écoliers* (Thèse de Lyon, 1925).
14. COMBY, le Rôle de la contagion humaine dans la Tuberculose infantile (*Arch. de Méd. infant.*, mars 1909).
15. COURMONT (Jules), *Rapport au premier Congrès des médecins scolaires de langue française*, 1912.
16. COURMONT (Jules), *Questions d'Hygiène* (*Monde Méd.*, Paris).
17. COURMONT (Jules), le Dispensaire de Lyon (*Presse Méd.*, 1912, n° 95).
18. COURMONT (Paul), *la Lutte contre la Tuberculose à Lyon* (IV^e Congrès d'Hygiène sociale, Lyon, 1907).
19. COURMONT (Paul), les Dispensaires antituberculeux de l'Institut bactériologique de Lyon (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 oct. 1924).
20. COURMONT (Paul), *Cours magistral d'Hygiène*, 1925, 1926.
21. CRÉMIEU, *Prophylaxie de la tuberculose infantile dans la famille et à l'école* (*Journ. de Méd. de Lyon*, 1920).
22. DALIMIER, *Organisons la Lutte contre la Tuberculose* (*le Matin*, 25 juill. 1913).
23. DAVY, *la Lutte antituberculeuse dans le canton de Vaud* (Thèse de Paris, 1915-16, n° 118).
24. DEHAN, *l'Œuvre des Enfants à la Montagne de la Caisse de la Ville de Lyon* (Thèse de Montpellier, 1910-11).
25. DELILLE et WAPLER, *l'Ecole au soleil de Monnetier*, Maloine, 1921.
26. DESFOSSÉS, *Gymnastique orthophrénique et Gymnastique rythmique* (*Presse Méd.*, 31 août 1912).
27. DESFOSSÉS, *le Rôle de la Gymnastique rythmique*

- dans la formation intellectuelle de l'élite (*Presse Méd.*, 20 avr. 1921).
28. DOIZY, *Projets de lois sur l'inspection médicale dans les écoles primaires publiques et privées* (I^{er} Congrès des médecins scolaires de langue française, 1912).
 29. DUCLAUX, *Hygiène sociale*, 1902.
 30. DUFESTEL, la Classe en plein air du boulevard Mortier (*Méd. Scol.*, déc. 1920).
 31. DUFESTEL, les Moyens d'enrayer la Tuberculose à l'école primaire (*Méd. Scol.*, 10 fév. 1910, n° 6).
 32. DUFESTEL, Ecole-Internat de plein air de la Caisse des Ecoles du XX^e arrondissement (*Méd. Scol.*, 1^{er} avr. 1926).
 33. DUMORTIER, le Préventorium La Fayette à Chavanne (Haute-Loire) (*Paris Méd.*, nov. 1922).
 34. DUPIN, *Topographie de la Tuberculose à Lyon de 1900 à 1904. Mortalité* (Thèse de Lyon, 1905-06, n° 13).
 35. GALLAND, *la Tuberculose à la campagne* (Thèse de Paris, 1919-20).
 36. GARDÈRE, la Lutte contre la Tuberculose dans les écoles de Lyon (*la Nouv. Educ.*, juin 1924).
 37. GAUTHIER, *les Ecoles de plein air* (Thèse de Lyon, 1911-12).
 38. GÉNEVRIER, Préventoria et Ecoles de plein air dans les espaces libres des grandes villes (*Rev. d'Hyg.*, déc. 1921).
 39. GOURICHON (H.), *A propos de l'organisation de l'inspection médicale des écoles en France* (I^{er} Congrès des médecins scolaires de langue française).
 40. GOURICHON (L.), Prophylaxie des maladies transmissibles à l'école (*Trib. Méd.*, 4 juin 1910).
 41. GRANCHER, Préservation scolaire contre la Tuberculose (*Bull. Méd.*, 1904, n° 101, p. 1109).

42. GRUNBERG, *Etude sur le Dispensaire antituberculeux* (Thèse de Paris, 1920-21, n° 103).
43. HATON, *De l'œuvre de Grancher* (Thèse de Lyon, 1913-14, n° 12).
44. HULEUX (R.), *la Tuberculose à l'école et sa prophylaxie* (Thèse de Paris, 1907-08, n° 408).
45. ICKERT, *Fréquence de la Tuberculose à l'âge scolaire* (*Zeitschrift f. Tuberk.*, t. XLIV, fasc. 6, 1926).
46. JACQUELIN, *Fonctionnement pendant un an d'un Dispensaire* (Thèse de Paris, 1920-21, n° 450).
47. JEANDIDIER, *Acquisitions anciennes et récentes sur la Tuberculose* (*Arch. de Méd. et de Pharm. mil.*, 1922).
48. JULLIEN, *Enseignement antivénérien dans les établissements d'instruction pour jeunes garçons, IX^e Congrès d'Hygiène* (*In Rev. d'Hyg.*, déc. 1922, t. XLIV, n° 12).
49. JULLIEN, *la Tuberculose envisagée au point de vue social*, Lavauzelle, 1923.
50. JULLIEN, *la Fonction du médecin militaire dans l'armée et dans la société moderne* (*Presse Méd.*, n° 88, 1^{er} nov. 1924).
51. JULLIEN, *Intervention du médecin hygiéniste dans l'enseignement de l'Hygiène, XI^e Congrès d'Hygiène* (*In Rev. d'Hyg.*, t. XLVII, n° 1, janv. 1925).
52. JULLIEN, *la Loi du 31 mars 1919 et la Lutte antituberculeuse* (*Mouv. San.*, fév. 1925).
53. JULLIEN, *le Diagnostic de la Tuberculose et l'aptitude au service militaire* (*Presse méd.*, 30 sept. 1925).
54. JULLIEN, *la Vie sexuelle et ses dangers* (*Edition de la Ligue Nation. contre le Péril vénérien*, 1926).
55. JULLIEN, *l'Education physique dans les établissements d'instruction*. (*Mouv. Sanit.*, juill. 1926).

56. JOUSSET (X), *la Transmission de la Tuberculose par les rapports sociaux* (Thèse de Paris, 1907-08, n° 351).
57. KELSCH, *la Tuberculose dans l'armée*, Doin, 1903.
58. KELSCH, Quelques réflexions sur la pathogénie et la prophylaxie de la Tuberculose (*Bull. Méd.*, 17 juin 1908, p. 559).
59. KREUTZER, De la contagion et de la morbidité tuberculeuses à l'âge scolaire (*Zeitschrift f. Tuberk.*, t. XLIV, fasc. 3, 1926).
60. LAFONTAINE, *Rôle du médecin dans les établissements d'internat*.
61. LANDOUZY, *la Tuberculose, maladie sociale* (*Presse Méd.*, 1903).
62. LAROY, *la Lutte antituberculeuse à Lille, de 1900 à 1910* (Thèse de Lille, 1910-11, n° 35).
63. LAURENT, *les Progrès de l'Hygiène dans les lycées depuis vingt ans* (Thèse de Paris, 1910-11, n° 99).
64. LEMOINE, Contagion familiale et prophylaxie de la tuberculose pulmonaire (*Bull. Méd.*, 25 nov. 1903).
65. LEMOINE, Isolement des tuberculeux dans l'habitation (*Bull. Méd.*, 22 avr. 1905).
66. LEROY, l'Education physique à l'Ecole maternelle (*Mouv. Sanit.*, janv. 1926).
67. LEROY, l'Education physique à la campagne (*Mouv. Sanit.*, sept. 1926).
68. LOUVARD, la Consultation des écoliers (*Presse Méd.*, 3 juin 1922).
69. MAGNANON, *le Médecin scolaire* (Thèse de Lyon, 1910-11, n° 81).
70. MALLARD, les Dispensaires antituberculeux ruraux et des petites villes (*Mouv. Sanit.*, avr. 1926).
71. MARGAILLON, *la Tuberculose, maladie sociale* (Thèse d'Alger, 1921, n° 1).
72. MÉRY, *le Médecin inspecteur des écoles*, Paris, 1906.

73. MÉRY et VAILLANT, l'Ecole de plein air internat de Fontaine-Bouillant (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1921).
74. MOSNY, le Rôle du Médecin scolaire (*Trib. Méd.*).
75. MÜLOT, la Tuberculose à Lyon (Thèse de Lyon, 1910-11, n° 69).
76. NOBÉCOURT, l'Hygiène sociale et l'enfant (*Journ. de Méd. de Paris*, avr. 1912).
77. OTT, Un Essai d'inspection médicale des écoles dans la Seine-Inférieure (*Rev. d'Hyg.*, 1925, n° 9).
78. OX, A l'Ecole (*le Matin*, 23 mars 1903).
79. PAUL-BONCOUR, les Bases et la Pratique de la Gymnastique orthophrénique dans la cure de l'instabilité psychomotrice (*Progr. Méd.*, 1911, n° 36).
80. PAUTRIER, la Syphilis est-elle en régression ? Rapport au XII^e Congrès d'Hygiène, Paris, 1925 (*In Rev. d'Hyg.*, déc. 1925).
81. PERRON, les Ecoles de plein air dans les espaces libres des grandes villes (Thèse de Paris, 1922, n° 214).
82. PION, Essai sur l'Hygiène sociale (Thèse de Paris, 1922, n° 312).
83. PRADEL (de), Collaboration des médecins et des éducateurs dans les écoles. Ses principes, sa mise en œuvre (*Hyg. Scol.*, janv. 1911, n° 33).
84. PRIESTMAN, les Facteurs hygiéniques et économiques dans l'étiologie de la Tuberculose parmi les écoliers (*British Journal of Tuberculosis*, t. XIX, n° 3, 1925).
85. QUEYRAT, le Dispensaire antisypilitique. Rapport à la Ligue Nationale contre le Péril vénérien, 1925 (*Presse Méd.*, 1925, n° 68).
86. ROBERT, l'Effort antituberculeux dans la Loire (Thèse de Lyon, 1916-17, n° 23).
87. ROBIN, Un programme d'ensemble pour la défense

- sociale contre la tuberculose (Communic. à l'Acad. de Méd., 15 juill. 1913).
88. ROCHAIX, l'Education des familles en hygiène (Mouv. Sanit., juill. 1924).
89. ROUX, *Prophylaxie antituberculeuse par les infirmières visiteuses* (Thèse de Lyon, 1919-20, n° 83).
90. SAÏAS, *l'Inspection médicale obligatoire dans les collèges et lycées*, 1912.
91. SALEUR, *la Préservation antituberculeuse du jeune âge* (Thèse de Nancy, 1921-22, n° 180).
92. SAUVAN, *l'Evolution du Dispensaire antituberculeux* (Thèse de Montpellier, 1914-15, n° 6).
93. SÉGUIN, *la Tuberculose chez les inanitiés* (Thèse de Paris, 1920-21, n° 129).
94. SICARD de PLAULOLES, *l'Officé prophylactique ou Dispensaire intégral d'Hygiène sociale* (Congrès interallié d'Hygiène sociale, avr. 1919).
95. STACKLER, *la Fiche sanitaire des écoliers* (Journ. de Méd. de Paris, oct. 1909).
96. TECON, *le Mouvement médical en Suisse* (Méd. Scol., fév. 1921).
97. TERTOIS, *l'Enseignement de l'Hygiène par la grande presse* (Thèse de Paris, 1905-06, n° 308).
98. TOGUET, *Législation antituberculeuse pendant la guerre* (Thèse de Lyon, 1919-20, n° 84).
99. TRÈVES, *la Pratique médicale de l'éducation physique* (Monde méd., 15 sept. 1926).
100. (J. d') UDINE, *la Coordination des mouvements et la culture de la volonté par la gymnastique rythmique* (Bull. de l'Inst. psychol., 1911, n° 2).
101. VIGNE et GARDÈRE, *la Prophylaxie de la Tuberculose dans les écoles municipales de la ville de Lyon* (Avenir Méd., mars 1924).
102. VITOUX, *l'Inspection médicale scolaire* (Presse Méd., 5 nov. 1921).

103. VITRY (G.), la Cutiréaction à l'âge scolaire (*Rev. de Phtisiol. méd. soc.*, 1926, n° 4).
104. VUILLAUME, l'Education antituberculeuse de la femme (Thèse de Lyon, 1914-15, n° 10).
105. WEIGERT et ALLEMAND-MARTIN, les Lycées d'altitude (*Avenir Méd.*, 1926, n° 8).
106. WIBEAX, le Jeu orthopédique à l'école (*Rev. d'Hyg.*, 1926, n° 9).
107. WORRINGEN, la Tuberculose à l'école (*Zeitschrift f. Tub.*, t. XLV, fasc. 1, 1926).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
TITRE PREMIER. — LE MÉDECIN SCOLAIRE . . .	13
CHAPITRE PREMIER. — Le médecin scolaire dans la lutte antituberculeuse	16
CHAPITRE II. — Le médecin scolaire dans la lutte contre le péril vénérien	35
CHAPITRE III. — Le rôle du médecin scolaire dans l'éducation et l'instruction de l'enfant. L'édu- cation antialcoolique. L'hygiène dans la famille par l'enfant et par l'école	43
CHAPITRE IV. — La collaboration du médecin et des maîtres	51
CHAPITRE V. — Formation et recrutement des médecins scolaires	55
TITRE II. — LE MÉDECIN DE DISPENSAIRE	61
CHAPITRE VI. — Le dispensaire antituberculeux.	61
CHAPITRE VII. — Le dispensaire antivénérien. .	66
CHAPITRE VIII. — Le dispensaire anticancéreux, centre régional de lutte anticancéreuse . . .	70
CHAPITRE IX. — Le dispensaire intégral d'hygiène sociale	73

CHAPITRE X. — Formation et recrutement des médecins de dispensaires	77
TITRE III. — LE MÉDECIN D'ARMÉE	81
CHAPITRE XI. — Le dispensaire à compétence étendue. Le rôle éducateur du médecin d'armée.	81
TITRE IV. — LA LIAISON DES ARMES	92
CHAPITRE XII. — Les éléments de la liaison. La réalisation de la liaison. L'inspecteur départe- mental d'hygiène	92
CONCLUSIONS	105
BIBLIOGRAPHIE	109

S. A. IMP. A. REY, 4, rue Gentil, Lyon. — 95994
